New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2007-2008

Annual Report

Department of Health

Rapport annuel

Ministère de la Santé

2007-08 Annual Report

Published by:
Department of Health
Province of New Brunswick
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick
E3B 5G8
Canada

February 2009

Cover:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Department of Health

Printing and Binding:
Department of Supply and Services

ISBN: 978-1-55471-176-5
ISSN: 1449-4704

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 2007-2008

Publié par le :
Ministère de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
Canada

Février 2009

Couverture
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition et mise en page
Ministère de la Santé

Impression et reliure
Ministère de l'Approvisionnement et des Services

ISBN : 978-1-55471-176-5
ISSN : 1449-4704

Imprimé au Nouveau-Brunswick

New Nouveau Brunswick
Be...in this place • Être...ici on le peut

2007-2008

Annual Report

Department of Health

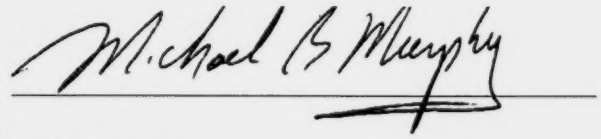
Rapport annuel

Ministère de la Santé

The Honourable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-Governor of the Province of New Brunswick

Sir:

I have the honour of presenting to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2008.

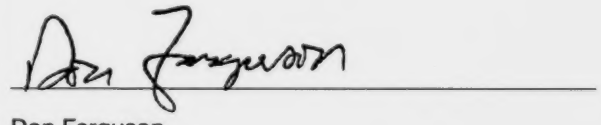


Michael Murphy
Minister

The Honourable Michael Murphy
Minister of Health
Province of New Brunswick

Sir:

With respect, I present to you the annual report of the Department of Health for the fiscal year ending March 31, 2008.

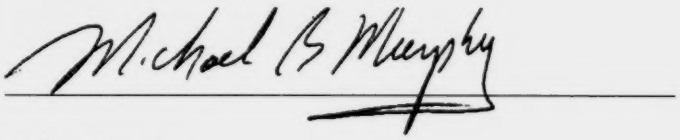


Don Ferguson
Deputy Minister

L'honorable Herménégilde Chiasson
Lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2008.

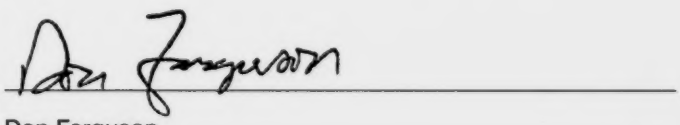


Michael Murphy
Ministre

L'honorable Michael Murphy
Ministre de la Santé
Province du Nouveau-Brunswick

Monsieur,

Je vous soumets respectueusement le rapport annuel du ministère de la Santé pour l'année financière terminée le 31 mars 2008.



Don Ferguson
Sous-ministre

TABLE OF CONTENTS

Organizational Chart 5
Legislation 7

Core Business Area
Protection of Those Most at Risk 8

Acute and Short-Term Mental Health Services 8

Child and Adolescent Mental Health Services 8
Psychiatric Patient Advocate Services 9
Youth Treatment Program 9
Prescription Drug Program 9
Prescription Monitoring Program 11

Core Business Area
Prevention/Education/Awareness 12

Public Health Programs and Services 12

Communicable Disease Prevention, Management and Control 12
- Immunization Program 12
- Pandemic Influenza Planning 14
- HIV Testing Programs 14

Health Protection Programs 17
- Food Safety 17
- Environmental Health and Community Sanitation 22
- Communicable Disease Control 23

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families 24
- Early Childhood Initiatives 24
- 3.5 Year old Clinics 26
- Baby-Friendly Initiative (BFI) 26
- Healthy Eating 27
- Dental Health 28
- Healthy Learners in School Program 28
- Sexual Health Program 28
- Injury/Disease Prevention Initiatives: 29
  - Tobacco 29

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives 30

TABLE DES MATIÈRES

Organigramme 6
Cadre législatif 7

Secteur d'activité principal
Protection des personnes les plus à risque 8

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale 8
Services de santé mentale pour enfants et adolescents 8
Services de défense des malades psychiatriques 9
Programme de traitement pour les jeunes 9
Plan de médicaments sur ordonnance 9
Programme de surveillance pharmaceutique 11

Secteur d'activité principal
Prévention, éducation et sensibilisation 12

Programmes et services de santé publique 12

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles 12
- Programme d'immunisation 12
- Planification relative à la pandémie d'influenza 14
- Programmes de dépistage du VIH 14

Programmes de protection de la santé 17
- Salubrité des aliments 17
- Écosalubrité et salubrité communautaire 22
- Surveillance des maladies transmissibles 23

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains 24
- Initiatives pour la petite enfance 24
- Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi 26
- Initiative des amis des bébés 26
- Alimentation saine 27
- Hygiène dentaire 28
- Programme Apprenants en santé à l'école 28
- Programme de santé sexuelle 28
- Initiatives de prévention des blessures et des maladies 29
  - Tabagisme 29

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale 30

Core Business Area
Provision of Care 32

Ambulance Services 32
Primary Health Care 34
Community Health Centres 35
Tele-Care and Health-Related Information Lines 37
Hospital Services 37

- Cardiac Care Program 43
- Mobile Lithotripsy Services 43
- Dialysis Services 43
- Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service 44
- Surgical Access Management 44
- Metabolic/Genetic Newborn Screening Services 57
- Universal Newborn Infant Hearing Screening Program 58
- Cochlear Implant Follow-Up Services 59
- PET-CT 60
- Organ and Tissue Procurement 60
- Patient Safety 62
- Utilization Management 65
- New Brunswick Extra-Mural Program 65
- Rehabilitation Services 67
- Capital Equipment 68
- Capital Construction 69

New Brunswick Cancer Network 69
Addiction Services 73
Community Mental Health Centres 75
In-Patient Psychiatric Care 75
Long-Term Mental Health Services 76
Medicare 76
Health Emergency Management Services 78
Pandemic Planning 78
E-health and Information Systems 79
Communications 80
Contract Management and Corporate Support Services 94
Official Languages 95

Office of Associate Deputy Minister of Health 95

- Dialogue on Health 95
- Legislative Development 95
- New Brunswick Career Days 96
- Allied Health Professionals Resource Strategy 96
- Nursing Resource Strategy 97
- Physician Resource Strategy 99

Accountability and Health Information Management 100

Financial Overview (Pie Chart) 101
Financial Overview (Itemized Totals) 102
Financial Overview (Variances) 104

Secteur d'activité principal
Prestation de soins 32

Services d'ambulance 32
Soins de santé primaires 34
Centres de santé communautaires 35
Télé-Soins et lignes d'information liées à la santé 37
Services hospitaliers 37

- Programme de soins cardiaques 43
- Services mobiles de lithotritie 43
- Services de dialyse 43
- Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU) 44
- Gestion de l'accès aux services de chirurgie 44
- Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés 57
- Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons 58
- Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires 59
- TEP-CT 60
- Dons d'organes et de tissus 60
- Sécurité des patients 62
- Gestion de lutilisation 65
- Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick 65
- Services de réadaptation 67
- Biens d'équipement 68
- Projets d'immobilisations 69

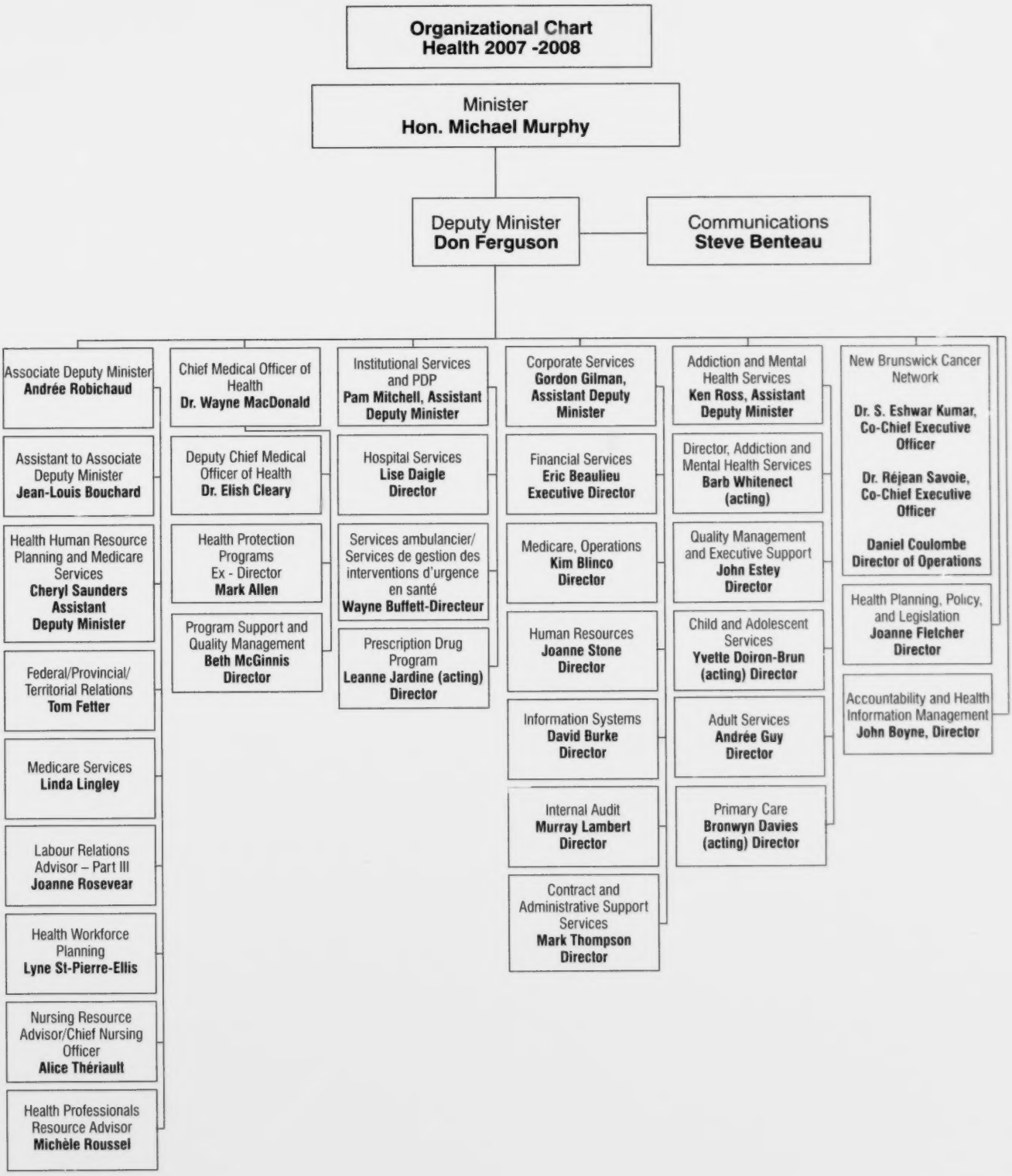
Réseau Cancer Nouveau-Brunswick 69
Services de traitement des dépendances 73
Centres de santé mentale communautaires 75
Soins psychiatriques aux patients hospitalisés 75
Services de santé mentale de longue durée 76
Assurance-maladie 76
Services de gestion des interventions d'urgence 78
Planification en cas de pandémie 78
Cybersanté et services d'information 79
Communications 80
Gestion des contrats et services de soutien ministériels 94
Langues officielles 95

Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé 95

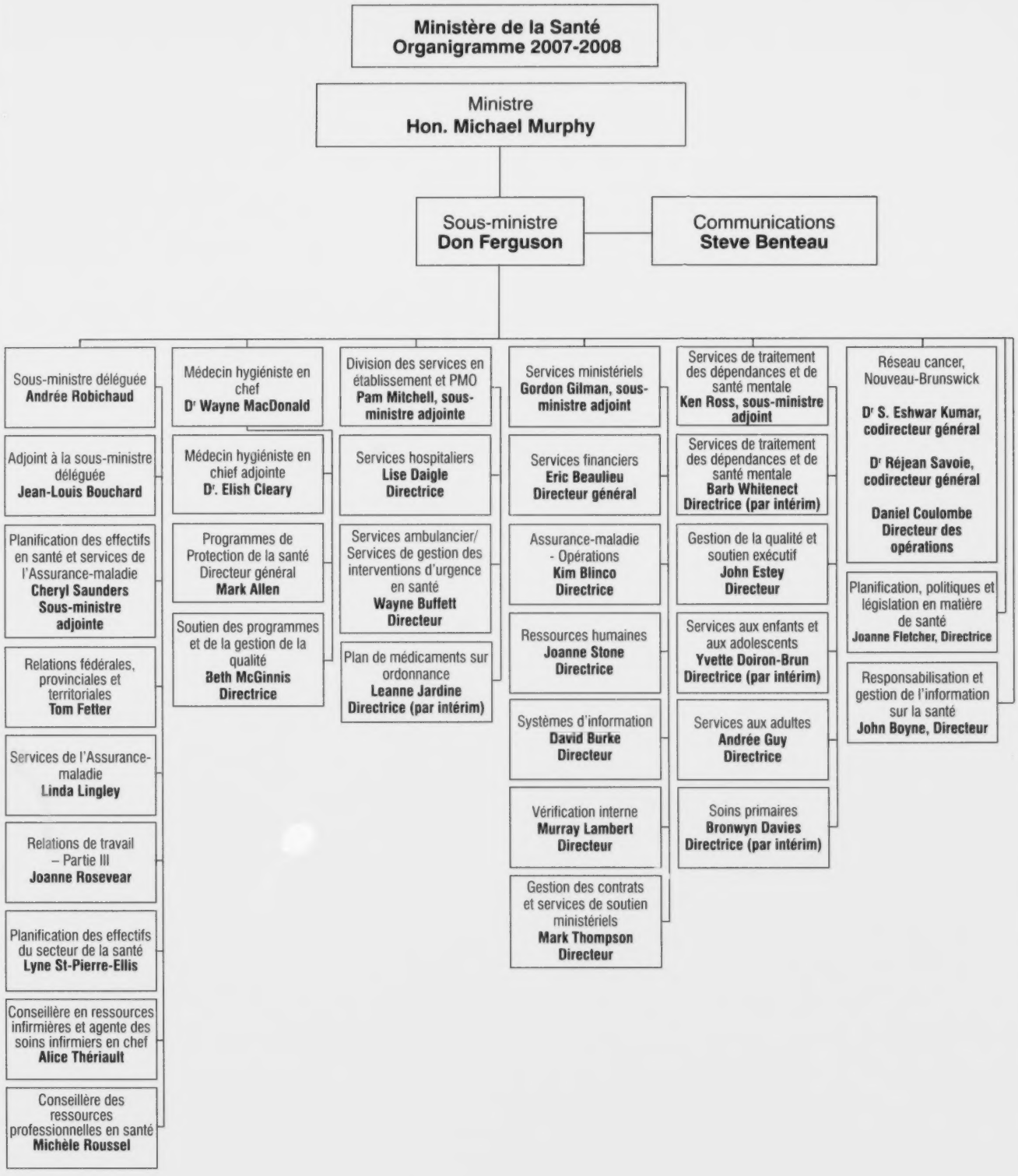
- Dialogue Santé 95
- Élaboration des lois 95
- Journées carrières au Nouveau-Brunswick 96
- Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles 96
- Stratégie en matière de ressources infirmières 97
- Stratégie des ressources médicales 99

Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé 100

Aperçu financier (diagramme circulaire) 101
Aperçu financier (totaux détaillés) 103
Aperçu financier (écarts) 104


Organizational Chart
Health 2007 -2008
Minister
Hon. Michael Murphy
Deputy Minister
Don Ferguson
Communications
Steve Benteau
Associate Deputy Minister
Andrée Robichaud
Assistant to Associate Deputy Minister
Jean-Louis Bouchard
Health Human Resource Planning and Medicare Services
Cheryl Saunders
Assistant Deputy Minister
Federal/Provincial/ Territorial Relations
Tom Fetter
Medicare Services
Linda Lingley
Labour Relations Advisor – Part III
Joanne Rosevear
Health Workforce Planning
Lyne St-Pierre-Ellis
Nursing Resource Advisor/Chief Nursing Officer
Alice Thériault
Health Professionals Resource Advisor
Michèle Roussel
Chief Medical Officer of Health
Dr. Wayne MacDonald
Deputy Chief Medical Officer of Health
Dr. Elish Cleary
Health Protection Programs
Ex - Director
Mark Allen
Program Support and Quality Management
Beth McGinnis
Director
Institutional Services and PDP
Pam Mitchell, Assistant Deputy Minister
Hospital Services
Lise Daigle
Director
Services ambulancier/ Services de gestion des interventions d'urgence en santé
Wayne Buffett-Directeur
Prescription Drug Program
Leanne Jardine (acting)
Director
Corporate Services
Gordon Gilman, Assistant Deputy Minister
Financial Services
Eric Beaulieu
Executive Director
Medicare, Operations
Kim Blinco
Director
Human Resources
Joanne Stone
Director
Information Systems
David Burke
Director
Internal Audit
Murray Lambert
Director
Contract and Administrative Support Services
Mark Thompson
Director
Addiction and Mental Health Services
Ken Ross, Assistant Deputy Minister
Director, Addiction and Mental Health Services
Barb Whitenect
(acting)
Quality Management and Executive Support
John Estey
Director
Child and Adolescent Services
Yvette Doiron-Brun
(acting) Director
Adult Services
Andrée Guy
Director
Primary Care
Bronwyn Davies
(acting) Director
New Brunswick Cancer Network
Dr. S. Eshwar Kumar, Co-Chief Executive Officer
Dr. Réjean Savoie, Co-Chief Executive Officer
Daniel Coulombe
Director of Operations
Health Planning, Policy, and Legislation
Joanne Fletcher
Director
Accountability and Health Information Management
John Boyne, Director

Ministère de la Santé
Organigramme 2007-2008



LEGISLATION

The department is responsible for the following Acts of the New Brunswick Legislature:

Ambulance Services Act
Anatomy Act
Cemetery Companies Act
Fish Inspection Act
Health Act
Hospital Act
Hospital Services Act
Human Tissue Gift Act
Medical Consent of Minors Act
Medical Services Payment Act
Mental Health Act
Mental Heath Services Act
New Brunswick Health Council Act
Prescription Drug Payment Act
Radiological Health Protection Act
Regional Health Authorities Act
Smoke Free Places Act
Tobacco Sales Act
Venereal Disease Act

CADRE LÉGISLATIF

Le ministère de la Santé est chargé de l'application des lois suivantes de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick :

Loi sur les services d'ambulance
Loi sur l'anatomie
Loi sur les compagnies de cimetière
Loi sur l'inspection du poisson
Loi sur la santé
Loi hospitalière
Loi sur les services hospitaliers
Loi sur les dons de tissus humains
Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux
Loi sur le paiement des services médicaux
Loi sur la santé mentale
Loi sur les services à la santé mentale
Loi créant le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé
Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance
Loi sur la protection radiologique de la santé
Loi sur les régies régionales de la santé
Loi sur les endroits sans fumée
Loi sur les ventes de tabac
Loi sur les maladies vénériennes

CORE BUSINESS AREA: PROTECTION OF THOSE MOST AT RISK

Mental Health Programs and Services

Acute and Short Term Adult Mental Health Services

Within the Regional Health Authorities, Mental Health Services provides short-term interventions to adult New Brunswickers with mental health disorders who are in distress and who need help dealing with their situation. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides a variety of services, depending on clients' needs. Services include screening, assessment, crisis intervention, short-term therapy, prevention, consultation and service delivery coordination. This program aims at preventing deterioration in clients' mental health state through early and short term intervention that target the problems at hand. As well, the program promotes the sharing of expertise through consultations with community resources in the region.

Requests for services vary in nature; some people may have functional difficulties because they are having problems at a certain stage in their lives, and others because they have experienced a particularly stressful event (bereavement, separation, job loss, etc.). Other clients exhibit more acute problems that often have existed for some time such as mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, suicide risk, impulse-control disorders, personality disorders, relational disorders, post-traumatic response to sexual abuse, etc. Within the Acute and Short Term Adult Community Mental Health Program, a total of 21,029 services were provided in the fiscal year 2007-08. In total, 15,330 distinct individuals received services within this program.

Child and Adolescent Mental Health Services

The objective of the Community Mental Health Child and Adolescent Program is to help children and adolescents who have mental disorders or related mental health issues and to work with their parents/guardians or caregivers with a view to creating an environment conducive to their growth. Children and youth and their families access the program when their level of functioning is such that professional intervention is required. Some examples of when intervention may be necessary are conduct disorders, mood disorders, adjustment disorders, psychotic disorders, sexual abuse and related issues.

Services provided in this program include screening, assessment, treatment and early intervention, case management, crisis intervention, and consultations for

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PROTECTION DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Programmes et services de santé mentale

Services d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes

Au sein des régies régionales de la santé, les services de santé mentale du ministère offre aux Néo-Brunswickois adultes ayant des troubles mentaux des services d'intervention à court terme pour les aider à gérer leur situation. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services selon les besoins du client. Ces services comprennent des services de dépistage, d'évaluation, d'intervention en situation de crise, des services de thérapie à court terme, des services de prévention et de consultation ainsi que la coordination de la prestation des services. Le programme vise à prévenir la détérioration de la santé mentale du client grâce à des services d'intervention immédiate et à court terme ciblant le problème pertinent. Par ailleurs, le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des services communautaires de la région.

La nature du service demandé varie; certaines personnes ont des difficultés fonctionnelles parce qu'elles éprouvent des problèmes à un moment précis de leur vie et d'autres parce qu'elles ont vécu un événement particulièrement difficile (deuil, séparation, perte d'emploi, etc.). D'autres clients manifestent des problèmes plus graves, souvent depuis un bon moment déjà (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'adaptation, comportement suicidaire, troubles de contrôle impulsif, troubles de la personnalité, troubles relationnels, réaction post-traumatique aux sévices sexuels, etc.). Dans le cadre du Programme d'intervention immédiate et de courte durée en santé mentale pour les adultes, 21 029 services ont été dispensés au cours de l'exercice financier 2007-2008. Au total, 15 330 personnes ont reçu des services.

Services de santé mentale pour enfants et adolescents

Le Programme de services communautaires de santé mentale pour enfants et adolescents vise à aider les enfants et les adolescents aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de santé mentale et à intervenir auprès de leurs parents ou tuteurs afin de favoriser un environnement favorable à leur développement. L'enfant ou l'adolescent et sa famille accèdent au programme lorsque le fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent est tel qu'une intervention professionnelle s'impose. Une intervention est nécessaire notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent manifeste des troubles de comportement, des troubles de l'humeur, des problèmes d'adaptation ou des troubles psychotiques ou qu'il a subi des sévices sexuels ou problèmes connexes.

Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent le dépistage, l'évaluation, le traitement et l'intervention précoce, la gestion de cas, l'intervention en

children and adolescents at risk of developing serious mental illness in adulthood. Through community-based, multidisciplinary teams, this program provides short, medium, and long-term services, depending on clients' needs. The program promotes the sharing of expertise through consultations with the departments of Education, Public Safety, and Social Development. The program also co-ordinates mental health services that are provided to children and adolescents in the regions. In the 2007-08 fiscal year, the Child and Adolescent Community Mental Health Program provided a total of 17,015 services to 6,743 children and adolescents.

Psychiatric Patient Advocate Services

The Psychiatric Patient Advocate Services Program ensures consistent approaches for in-patient psychiatric care regarding the right to admit patients for treatment on an involuntary status. The focus of the program is to address individual issues of concern while keeping in mind the best interests of the vulnerable person. The Psychiatric Patient Advocate meets with patients in order to clarify their status and their rights. The Psychiatric Patient Advocate also helps families in understanding the process and procedures when psychiatrists request that the patient be kept for treatment on an involuntary basis. Awareness and educational sessions are offered to mental health professionals and community agencies to provide a better understanding of the role of the Psychiatric Patient Advocate Office and the *Mental Health Act*. In 2007-08, a total of 1,720 cases were referred to Psychiatric Patient Advocate Services, reflecting an increase of 4.4 per cent from the previous year.

Youth Treatment Program

The Provincial Youth Treatment Program provides services to youth up to the age of 18 who have a diagnosis of conduct disorder and who face difficulties in school, home and/or community settings. It is an integrated program that, in partnership with the Departments of Education, Public Safety, and Social Development, addresses youths' needs through the coordination of local and provincial resource services. These services include a clinical provincial outreach team, 13 multi-agency regional teams and the Pierre Caissie Centre. The Pierre Caissie Centre, a six-bed facility, provides assessment and evaluation with recommendations for community treatment involving families and foster parents of youths whose needs cannot be met at the regional level. During the fiscal year 2007-08, 343 youths were actively followed by the program, 22 of whom required admission to the Pierre Caissie Centre in Moncton.

Prescription Drug Program

The mission of the New Brunswick Prescription Drug Program (NBPDP) is to maintain and improve the health of New Brunswickers by promoting optimal drug therapy and by developing and managing programs for eligible New Brunswickers which provide assistance with the cost of drugs.

situation de crise et des services de consultation aux enfants et aux adolescents qui risquent de développer des problèmes plus graves à l'âge adulte. Le programme, offert au moyen d'équipes communautaires multidisciplinaires, dispense des services à court, à moyen et à long terme selon les besoins du client. Le programme favorise l'échange des connaissances par des consultations auprès des ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social. Le programme coordonne aussi les services de santé mentale offerts aux enfants et aux adolescents dans les régions. Au cours de l'exercice 2007-2008, le programme de services de santé mentale pour enfants et adolescents a offert 17 015 services à 6 743 enfants et adolescents.

Services de défense des malades psychiatriques

Le programme Services de défense des malades psychiatriques assure l'uniformité des méthodes de soins psychiatriques pour les patients en établissement relativement au droit d'admettre les patients pour un traitement sur une base non volontaire. Le programme vise à gérer les situations des personnes tout en tenant compte du meilleur intérêt de la personne vulnérable. Le défenseur des malades psychiatriques rencontre les patients afin de préciser leur statut et leurs droits. Il aide également les familles à comprendre le procédé et les modalités lorsque les psychiatres demandent que les patients soient gardés pour un traitement sur une base non volontaire. Des séances de sensibilisation et de formation sont offertes aux professionnels de la santé mentale ainsi qu'aux organismes communautaires pour promouvoir une meilleure compréhension du rôle du bureau du défenseur des malades psychiatriques et de la *Loi sur la santé mentale*. En 2007-2008, 1 720 cas ont été soumis aux Services de défense des malades psychiatriques, ce qui représente une augmentation de 4,4 pour cent par rapport à l'année précédente.

Programme de traitement pour les jeunes

Le Programme provincial de traitement pour les jeunes offre des services aux jeunes âgés de moins de 18 ans chez qui on a décelé des troubles de comportement et qui éprouvent des difficultés à l'école, à la maison ou dans la collectivité. Ce programme intégré mené en partenariat avec les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique et du Développement social aide les collectivités à répondre aux besoins des jeunes grâce à la coordination des services de ressources locaux et provinciaux. Ces services comprennent une équipe clinique communautaire provinciale, treize équipes multidisciplinaires régionales et le Centre Pierre-Caissie. Ce centre de six lits fournit une évaluation approfondie et des recommandations concernant une intervention communautaire à laquelle participent les familles et les parents d'accueil des jeunes dont les besoins ne peuvent être satisfaits à l'échelle régionale. Au cours de l'exercice financier 2007-2008, le programme a offert des services actifs à 343 jeunes, dont 22 ont dû être admis au Centre Pierre-Caissie, à Moncton.

Plan de médicaments sur ordonnance

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but de maintenir et d'améliorer la santé des Néo-Brunswickois en encourageant l'adoption d'une pharmacothérapie optimale et en élaborant et en gérant des programmes qui s'adressent aux Néo-Brunswickois admissibles et contribuent au remboursement du coût des médicaments.

Prescription drug coverage is provided to the following beneficiary groups:

1. New Brunswick residents age 65 and older who receive the Guaranteed Income Supplement, or who qualify for coverage based on annual income
2. Nursing home residents
3. Clients of the Department of Social Development who hold a valid health card for prescription drug coverage. They include:
   - recipients of financial assistance
   - individuals eligible for a health card only
   - adults living in a residential facility
   - children in care of the Minister of Social Development
4. Persons registered with the NBPDP and deemed eligible for drug coverage who have/are:
   - cystic fibrosis
   - human growth hormone deficiency
   - multiple sclerosis
   - organ transplant recipients
   - HIV-positive

Information regarding program eligibility criteria and drug benefits may be found on the NBPDP website at www.gnb.ca/health.

All drugs considered for benefit status are subject to a standard review process. The NBPDP receives formulary listing recommendations from the Canadian Expert Drug Advisory Committee, as a participant in the national Common Drug Review (CDR), and also from the Atlantic Expert Advisory Committee which reviews drugs that do not fall under the CDR mandate. Drugs eligible for reimbursement under the Program are listed in the NBPDP Formulary.

During 2007-08, the NBPDP incurred expenses of $152.7 million, of which $148.2 million (97.1 per cent) were drug costs and $4.5 million (2.9 per cent) were administrative costs.

Le plan offre des médicaments sur ordonnance aux groupes de bénéficiaires suivants :

1. Les résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à des prestations en raison de leur revenu annuel.
2. Les résidents des foyers de soins.
3. Les bénéficiaires du ministère du Développement social qui détiennent une carte valide d'assistance médicale pour médicaments sur ordonnance. Ils comprennent :
   - les bénéficiaires d'aide financière;
   - les personnes admissibles à la carte d'assistance médicale seulement;
   - les adultes demeurant dans un établissement résidentiel;
   - les enfants pris en charge par le ministre du Développement social.
4. Les personnes inscrites au Plan de médicaments sur ordonnance et jugées admissibles aux prestations du plan qui :
   - sont atteintes de fibrose kystique;
   - souffrent d'une insuffisance de l'hormone de croissance;
   - souffrent de sclérose en plaques;
   - reçoivent une greffe d'organe;
   - sont séropositives.

L'information concernant les critères d'admissibilité et les prestations du plan est affichée sur le site Web du PMONB à l'adresse www.gnb.ca/ santé.

Tous les médicaments considérés pour l'admissibilité peuvent faire l'objet d'un examen standard. Le PMONB reçoit la liste des recommandations formulées par le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCEM) à titre de participant au processus commun d'examen des médicaments (PCEM) national et au Comité consultatif des experts de l'Atlantique qui examinent les médicaments qui ne relèvent pas du mandat du PCEM. Les médicaments dont le coût peut être remboursé par le programme sont indiqués dans le formulaire du PMONB.

En 2007-2008, les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick se sont chiffrées à 152,7 millions de dollars, dont 148,2 millions (97,1 pour cent) ont servi à couvrir le coût des médicaments et 4,5 millions (2,9 pour cent), les frais administratifs.

NBPDP Data/Données du PMONB

	2005-06	2006-07	2007-08[1]
Program Expenditures/Dépenses du programme	$137.4M	$147.8M	$152.7M
Number of active beneficiaries[2]/Nombre de bénéficiaires actifs[2]	97,264	96,782	95,466
Average number of prescriptions per beneficiary/ Nombre moyen d'ordonnances par bénéficiaire	27.5	29.1	31.1
Average paid per beneficiary/Moyenne payée par bénéficiaire	$1,379	$1,488	$1,552
Average paid per prescription/Moyenne payée par ordonnance	$50.08	$51.12	$49.88

[1] Preliminary Data/Données préliminaires

[2] An active beneficiary is an individual who received drug benefits during the reporting periods./Un bénéficiaire actif est une personne qui a reçu des médicaments prévus par le Plan de médicaments sur ordonnance pendant les périodes de rapport.

Prescription Monitoring Program

The department continued work toward establishing a Prescription Monitoring Program (PMP). In 2007-08, the focus was on the design and development of the technology solution to enable the PMP (For more information, see E-Health and Information Services.)

The PMP will provide information to assist in patient care decision-making and promote optimal prescribing and utilization of monitored drugs. The program will initially focus on narcotic and controlled drugs dispensed by community pharmacies. Pharmacists and prescribers will be able to view a patient's history of narcotics and controlled drugs in real-time prior to prescribing and dispensing a prescription for a monitored drug.

Programme de surveillance pharmaceutique

Le ministère a poursuivi le travail en vue d'établir un Programme de surveillance pharmaceutique. En 2007-2008, il a mis l'accent sur la conception et l'élaboration d'une solution technologique rendant possible le Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) (voir Cybersanté et services d'information.)

Le Programme de surveillance pharmaceutique fournira des renseignements afin d'aider à prendre des décisions quant aux soins aux malades et à favoriser la meilleure prescription et la meilleure utilisation des médicaments visés. Le programme sera axé au début sur l'utilisation non médicale des stupéfiants et des médicaments contrôlés dispensés par les pharmacies communautaires. Les pharmaciens et les médecins prescripteurs pourront consulter l'historique du patient en matière de consommation de narcotiques et de médicaments réglementés en temps réel avant de prescrire et d'exécuter une ordonnance pour un médicament surveillé.

CORE BUSINESS AREA: PREVENTION / EDUCATION / AWARENESS

Public Health

The mission of Public Health is to promote, maintain and protect the health of the people of New Brunswick.

The Office of the Chief Medical Officer of Health (OCMOH) is responsible for the overall direction of public health in the province and works collaboratively with Public Health in the Regional Health Authorities.

Public Health Programs and Services

Public Health programs and services are provided by the department as well as the Regional Health Authorities. The programs and services fall under the following three areas: 1) communicable disease: prevention, management and control; 2) health protection, and 3) promotion of healthy lifestyles / healthy families.

Communicable Disease: Prevention, Management and Control

A number of the department's protection and prevention services help New Brunswickers maintain their health and well-being by avoiding communicable diseases.

Immunization Program

The department provides immunization against a range of vaccine preventable diseases. Immunization programs have proven effective in reducing the incidence of vaccine preventable communicable diseases. Routine childhood and adult vaccines are provided without charge to clients and are provided by Public Health nurses through pediatric immunization clinics and by family doctors.

New Brunswickers at high risk of complications from influenza and pneumonia are eligible for publicly-funded immunization against these diseases. These vaccines are predominantly physician-delivered with VON providing some influenza vaccine to infants and seniors. During 2007-08, approximately 179,250 doses of flu vaccine and 10,200 doses of pneumococcal vaccine were distributed for immunization of the identified high-risk groups. These numbers approximate the doses distributed over the previous two years.

Surveillance Data:
Vaccine-preventable disease
Tables A-1 and A-2 illustrate the incidence of selected vaccine-preventable diseases that are reported in New Brunswick.

In early 2007 until the fall, there was a large mumps outbreak in New Brunswick. There were a total of 124 cases most of which were young adult's between 19-29 years old (average age 25 years). There was a concurrent increase in mumps activity in surrounding

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRÉVENTION, ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

Santé publique

La Santé publique a pour mission de promouvoir, de préserver et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick.

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef voit à l'orientation générale de la santé publique dans la province et travaille, en collaboration avec la Santé publique, dans les régies régionales de la santé.

Programmes et services de santé publique

Les programmes et les services de santé publique sont offerts par le ministère et les régies régionales de la santé. Ils touchent les trois domaines suivants : 1) prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles, 2) protection de la santé et 3) promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains.

Prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles

Un certain nombre de services de protection et de prévention du ministère aident les gens du Nouveau-Brunswick à préserver leur santé et leur bien-être en évitant de contracter des maladies transmissibles.

Programme d'immunisation

Le ministère offre des vaccins contre toute une gamme de maladies évitables par la vaccination. Les programmes de vaccination se sont avérés efficaces pour réduire l'incidence de certaines maladies transmissibles. Les vaccins habituels destinés aux enfants et aux adultes sont gratuits pour les clients. Ils sont administrés par les infirmières en Santé publique lors des cliniques d'immunisation infantile et par les médecins de famille.

Les gens qui risquent grandement d'avoir des complications de la grippe et d'une pneumonie sont admissibles au programme d'immunisation public contre ces maladies. Ces vaccins sont surtout administrés par les médecins, les infirmières de l'Ordre de Victoria fournissant certains vaccins contre la grippe aux bébés et aux personnes âgées. En 2007-2008, 179 250 doses de vaccin antigrippal et 10 200 doses de vaccin contre le pneumocoque ont été distribuées pour immuniser les groupes à risque élevé cernés. Ces statistiques sont comparables aux doses distribuées au cours des deux années précédentes.

Données de surveillance :
Maladies évitables par la vaccination
Les tableaux A-1 et A-2 illustrent l'incidence de certaines maladies évitables par la vaccination qui sont déclarées au Nouveau-Brunswick.

Du début de 2007 jusqu'à l'automne, le Nouveau-Brunswick a connu une importante éclosion d'oreillons. On a dénombré au total 124 cas, dont la plupart concernait des jeunes adultes âgés de 19 à 29 ans (âge moyen de 25 ans). On a observé une recrudescence concordante de l'activité du virus des

provinces including a large outbreak in Nova Scotia. Public Health interventions included: alerting public and health care providers; a mumps vaccine campaign targeting health care providers, 18-24 year olds, post-secondary students, and a Grade 12 catch-up; enhanced surveillance and active follow-up of cases and their contacts.

The pertussis rate continues to decline due in part to the cyclic nature of the disease and to ongoing adolescent immunization protection that commenced in 2004.

oreillons dans les provinces avoisinantes, notamment une éclosion importante en Nouvelle-Écosse. Les interventions en Santé publique incluaient les initiatives suivantes : alerter le public et les fournisseurs de soins de santé; une campagne de vaccination contre les oreillons ciblant les fournisseurs de soins de santé, les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans, les élèves du niveau postsecondaire et les élèves de la 12e année dans le cadre d'un programme d'immunisation de rattrapage; une surveillance accrue et un suivi actif des cas et des sujets contacts.

La diminution continue de la coqueluche est attribuable, en partie, à la nature cyclique de la maladie et à l'immunité accrue chez la population adolescente depuis 2004.

Table A-1 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Brunswick, 2003-2007

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Disease	2003	2004	2005	2006	2007
Measles	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Mumps	0.0	0.0	0.0	0.0	16.5
Pertussis	15.3	42.6	6.6	3.6	3.1
Rubella	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hepatitis B	2.5	4.0	2.7	3.3	4.8
(Acute)	0.0	0.9	0.8	2.8	1.1
(Carrier)	2.5	3.1	1.9	0.5	3.7
Diphtheria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Polio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
H. influenzae type b	0.4	0.3	0.0	0.1	0.0

Note: Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. 2006 rates are updated to reflect postcensual population estimates by Statistics Canada based on 2001 census data, 2007 rates are calculated based on the preliminary postcensual population estimates based on the 2001 census data.

Tableau A-1 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2003 à 2007

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2003	2004	2005	2006	2007
Rougeole	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Oreillons	0,0	0,0	0,0	0,0	16,5
Coqueluche	15,3	42,6	6,6	3,6	3,1
Rubéole	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hépatite B	2,5	4,0	2,7	3,3	4,8
(Aiguë)	0,0	0,9	0,8	2,8	1,1
(Porteur)	2,5	3,1	1,9	0,5	3,7
Diphtérie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Polio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
H. influenzae type b	0,4	0,3	0,0	0,1	0,0

Nota : Source : Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles. Les taux de 2006 sont actualisés pour refléter les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2001, les taux de 2007 sont calculés à partir des estimations démographiques postcensitaires préliminaires basées sur les données de recensement de 2001.

Table A-2 Vaccine Preventable Diseases Reported in New Bruswick, 2007/ Tableau A-2 Maladies évitables par la vaccination signalées au Nouveau-Brunswick, 2007

Actual Numbers / Chiffres réels	***Health Region/Région sanitaire***							
Disease / Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Measles/Rougeole	0	0	0	0	0	0	0	0
Mumps/Oreillons	7	106	5	2	0	4	0	124
Pertussis/Coqueluche	16	6	0	0	0	0	1	23
Rubella/Rubéole	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B/Hépatite B	6	9	8	5	2	4	2	36
(Acute/aiguë)	0	4	1	2	0	1	0	8
(Carrier/porteur)	6	5	7	3	2	3	2	28
Diphtheria/Diphtérie	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanus/Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Polio	0	0	0	0	0	0	0	0
H. influenzae type b	0	0	0	0	0	0	0	0

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. /Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Pandemic Influenza Planning

Public Health continues to work collaboratively with other department sectors, Regional Health Authorities and other stakeholders to develop plans in preparation for a pandemic at the local level. (For more information, see Emergency Preparedness section of this report). Public Health remains responsible for the procurement and distribution of antiviral medications and will oversee the capturing of surveillance data related to the pandemic. Public Health continues to work closely with federal/provincial/territorial colleagues across the country to ensure informed practices are considered in the New Brunswick plans.

HIV Testing Programs

The Department of Health is committed to providing education, counselling and testing services for people with HIV/AIDS and other bloodborne and sexually transmitted infections in the province. The goal is to reduce the incidence rate of HIV and other bloodborne infections through education and counselling, to facilitate early detection and access to treatment for individuals infected with HIV and other bloodborne infections, and to build partnerships to enhance effectiveness in minimizing HIV and other bloodborne pathogen incidence and morbidity.

The department continues to partner with community groups such as AIDS New Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton and Healing Our Nations.

Regional Public Health staff provides HIV testing programs in the community and in provincial correctional facilities. The programs provide pre- and post-test counselling for those clients interested in this service. HIV testing options include: Anonymous, non-nominal and nominal. Counselling and education is provided to inmates in federal facilities.

In 2007-08, there were 959 persons who received counselling/testing for HIV and other bloodborne infections through the Public Health community programs. This is a small decrease from 970 people who accessed this service in 2006-07.

Two hundred and sixty-two (262) inmates in the provincial correctional facilities in New Brunswick were seen by Public Health nurses for counselling, education and testing for HIV and other bloodborne infections. This number represents an increase from the 167 inmates who sought counseling, education and testing in 2006-07. At least 29 inmates from federal correctional facility visited the Public Health nurse for counselling and education.

The department also partners with community members and organizations interested in developing needle exchange programs to reduce the risk of contracting bloodborne infections like HIV and Hepatitis C. The department provides needles, syringes and condoms for the established community-

Planification relative à la pandémie d'influenza

La Santé publique travaille en collaboration avec d'autres secteurs du ministère, les régies régionales de la santé et d'autres intervenants pour élaborer des plans en cas d'une pandémie à l'échelle locale (se reporter à la section Planification d'urgence). La Santé publique est chargée de l'achat et de la distribution des médicaments antiviraux. Elle supervisera la saisie des données de surveillance ayant trait à la pandémie. Elle continue de collaborer étroitement avec ses homologues fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de s'assurer que les plans du Nouveau-Brunswick tiennent compte des pratiques reposant sur des renseignements appropriés.

Programmes de dépistage du VIH

Le ministère de la Santé s'est engagé à offrir des services d'éducation, de counseling et de dépistage pour prévenir la propagation du VIH et du sida ainsi que les autres maladies transmissibles par le sang et les infections transmises sexuellement dans la province. L'objectif est de diminuer le taux d'incidence du VIH et des autres infections transmissibles par le sang par la voie de service d'éducation et de counseling, de faciliter le dépistage précoce et l'accès au traitement pour les personnes atteintes du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. On vise aussi à établir des partenariats pour accroître l'efficacité des mesures visant à minimiser l'incidence et la morbidité du VIH et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang.

Le ministère continue de collaborer avec des groupes communautaires comme SIDA Nouveau-Brunswick, AIDS Saint John, SIDA/AIDS Moncton et Healing Our Nations.

Le personnel régional de la Santé publique offre des programmes de dépistage du VIH dans la collectivité ainsi que dans les établissements correctionnels provinciaux et fédéraux. Le programme comprend un service de counseling avant et après le dépistage pour les clients intéressés. Les types de dépistage du VIH offerts sont les suivants : anonyme, non nominal et nominal. Le counseling et l'éducation sont offerts aux détenus des établissements correctionnels fédéraux.

En 2007-2008, 959 personnes ont reçu du counseling et subi un test pour le VIH et autres infections transmissibles par le sang par l'entremise des programmes communautaires de la Santé publique. Il s'agit d'une légère diminution par rapport aux 970 personnes qui ont eu accès à ce service en 2006-2007.

Deux cent soixante-deux (262) détenus d'établissements correctionnels provinciaux du Nouveau-Brunswick ont demandé de rencontrer les infirmières de la Santé publique pour recevoir des services de counseling, d'éducation et de dépistage du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang. Ce chiffre représente une hausse par rapport aux 167 détenus qui ont demandé des services de counseling, d'éducation et de dépistage en 2006-2007. Au moins 29 détenus de l'établissement correctionnel fédéral ont vu l'infirmière en Santé publique pour obtenir des services de counseling et d'éducation.

Le ministère crée aussi des partenariats avec les membres de la collectivité et les organismes intéressés à mettre sur pied des programmes d'échange de seringues afin de réduire les risques de contracter des infections transmissibles par le sang comme le VIH et l'hépatite C. Le ministère fournit des aiguilles, des seringues et des condoms grâce aux programmes

based needle exchange programs in Saint John, Fredericton and Moncton.

The Sexually Transmitted Infection (STI) Information Line (1-866-STI-1010) provides free, confidential health advice on STIs and other bloodborne infections including HIV/AIDS and diseases such as Hepatitis C. New Brunswickers have access to a bilingual registered nurse, 24 hours a day, seven days a week. In 2007-08, the STI Info line responded to 1,187 calls for advice, information and referral. This is an increase from the 966 calls received in 2006-07.

Surveillance Data: Sexually Transmitted Infections and Bloodborne Diseases

Sexually transmitted infections (STI) and their serious consequences can be reduced through education, early detection, treatment and contact follow-up. Through the Public Health Communicable Disease Programs, the department provides information on sexual health and prevention of sexually transmitted infections. When such diseases are reported to the department, Public Health staff ensures that follow-up and contact tracing is carried out.

Tables A-3 and A-4 illustrate the trend is gradually increasing in some areas, but this is not unique to New Brunswick as most of these rates are below or comparable to the national rates.

Table A-3 Sexually Transmitted Infections/ Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2003-2007

Crude Incidence Rate Per 100,000 Population

Infection	2003	2004	2005	2006	2007
Genital Chlamydia	183.9	181.1	199.2	179.3	166.7
Gonococcal Infection	4.7	2.0	3.1	4.8	6.3
Genital Herpes	36.4	42.1	48.0	48.6	49.7
Syphilis - All	1.9	1.5	0.8	0.8	1.5
(Early symptomatic)	0.5	0.5	0.1	0.4	0.5
HIV	1.3	1.1	0.9	1.7	1.1
AIDS	0.8	0.3	0.8	0.1	0.5

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. 2006 rates are updated to reflect postcensual population estimates by Statistics Canada based on 2001cenus data, 2007 rates are calculated based on the preliminary postcensual population estimates based on the 2001 census data.

communautaires d'échange de seringues, à Saint John, à Fredericton et à Moncton.

La ligne sans frais sur les infections transmises sexuellement (ITS) (1 866 784-1010) permet d'obtenir des conseils de santé gratuits et confidentiels sur les infections transmises sexuellement et d'autres infections transmissibles par le sang, y compris le VIH et le sida ainsi que les maladies comme l'hépatite C. La population du Nouveau-Brunswick peut communiquer avec une infirmière immatriculée bilingue, 24 heures par jour, sept jours par semaine. En 2007-2008, la ligne d'information sur les infections transmises sexuellement a répondu à 1 187 personnes qui voulaient obtenir des conseils, de l'information et un service d'aiguillage. Il s'agit d'une hausse par rapport aux 966 appels reçus en 2006-2007.

Données de surveillance : Infections transmises sexuellement et par le sang

L'éducation, la détection précoce, le traitement et le suivi de tous les sujets contacts peuvent contribuer à diminuer les infections transmises sexuellement et leurs conséquences graves. Par l'entremise de ses programmes de lutte contre les maladies transmissibles de la Santé publique, le ministère fournit de l'information sur la santé sexuelle et sur la prévention des infections transmises sexuellement. Lorsque de telles maladies sont signalées au ministère, le personnel de la Santé publique s'assure que la recherche de contacts est effectuée.

Les tableaux A-3 et A-4 démontrent que la tendance augmente graduellement sans toutefois être unique au Nouveau-Brunswick puisque la plupart de ces tendances sont inférieures ou comparables aux taux nationaux.

Tableau A-3 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2003 à 2007

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Infection	2003	2004	2005	2006	2007
Chlamydia génitale	183,9	181,1	199,2	179,3	166,7
Infection gonococcique	4,7	2,0	3,1	4,8	6,3
Herpès génital	36,4	42,1	48,0	48,6	49,7
Syphilis — Tout	1,9	1,5	0,8	0,8	1,5
(symptomatique précoce)	0,5	0,5	0,1	0,4	0,5
VIH	1,3	1,1	0,9	1,7	1,1
SIDA	0,8	0,3	0,8	0,1	0,5

Source : Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles. Les taux de 2006 sont actualisés pour refléter les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2001, les taux de 2007 sont calculés à partir des estimations démographiques postcensitaires préliminaires basées sur les données de recensement de 2001.

Table A-4 Sexually Transmitted Infections/Bloodborne Pathogens Reported in New Brunswick, 2007/ Tableau A-4 Infections transmises sexuellement ou pathogènes transmissibles par le sang signalées au Nouveau-Brunswick, 2007

	Health Region/Région sanitaire							
Infection	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Genital Chlamydia/Chlamydia génitale	397	243	389	43	19	94	65	1 250
Gonococcal Infection/Infection gonococcique	11	22	7	2	3	2	0	47
Genital Herpes/Herpès génital	104	73	128	23	9	26	10	373
Syphilis – All/Tout	1	3	2	0	0	4	1	11
(Early symptomatic)/(symptomatique précoce)	1	2	1	0	0	0	0	4
HIV/VIH	4	4	0	0	0	0	0	8
AIDS/SIDA	2	0	0	1	0	1	0	4

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Vectorborne and Zoonotic Diseases

There are two emerging zoonotic diseases of concern for New Brunswick: rabies and the mosquito-borne West Nile virus.

Rabies

In fiscal 2007-08, the department chaired the New Brunswick Rabies Working Group and coordinated the implementation of a management plan for rabies surveillance, control and prevention. A total of 132 raccoons and skunks were tested for rabies, compared to 106 raccoons and skunks in fiscal 2006-07. As in the previous year, there were no cases of the raccoon strain of rabies detected during 2007-08. The last reported case of rabies was in May 2002.

Wildlife rabies control measures were conducted where cases of raccoon strain rabies had been detected previously. This area included the southern New Brunswick-Maine border between the town of St. Stephen and the village of McAdam. In addition, there was an extension of the control area between Fosterville and Forest City. Target animal species (raccoons, skunks and feral cats) were live trapped, vaccinated against rabies and then released to maintain a barrier of animals immune to the disease. A team of trappers conducted rabies control activities within a 912 square kilometer area. A total of 1,149 raccoons and 589 skunks were vaccinated against rabies and released. Of these, 237 raccoons and 99 skunks had also been vaccinated in previous years. In addition, a total of 268 feral domestic cats were vaccinated against rabies and released.

The wildlife rabies control program was first implemented in the fall of 2001; the department continued its rabies education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free Rabies Information Line handled 779 calls from persons seeking information

Maladies transmises par des vecteurs et autres zoonoses

Il existe deux nouvelles zoonoses préoccupantes au Nouveau-Brunswick, à savoir la rage et le virus du Nil occidental à transmission vectorielle.

Rage

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, le ministère a présidé le Groupe de travail du Nouveau-Brunswick sur la rage et a coordonné la mise en œuvre d'un plan de gestion en vue de la surveillance, du contrôle et de la prévention de la rage. Au total, 132 ratons laveurs et mouffettes ont fait l'objet d'un test de dépistage de la rage comparativement à 106 ratons laveurs et mouffettes en 2006-2007. Tout comme l'an dernier, aucun cas de rage de la souche virale du raton laveur n'a été décelé en 2007-2008. Le dernier cas de rage signalé remonte à mai 2002.

Des mesures de lutte contre la rage chez les animaux sauvages ont été mises en application dans les régions où des cas de rage du raton laveur avaient déjà été détectés. Cette région incluait le sud de la frontière du Maine et du Nouveau-Brunswick entre la ville de St. Stephen et le village de McAdam. De plus, il y eut un prolongement du secteur de contrôle entre Fosterville et Forest City. Les espèces animales ciblées (ratons laveurs, mouffettes et chats harets) ont été piégées, vaccinées contre la rage et remises en liberté afin de maintenir un groupe d'animaux immunisés contre la maladie. Une équipe de trappeurs a mis sur pied des activités de contrôle de la rage dans un secteur de 912 kilomètres carrés. Au total, 1 149 ratons laveurs et 589 mouffettes ont été vaccinés contre la rage et remis en liberté. Parmi ces animaux, 237 ratons laveurs et 99 mouffettes avaient été vaccinés au cours des années précédentes. De plus, un total de 268 chats harets ont été vaccinés contre la rage et remis en liberté.

Le programme de lutte contre la rage chez les animaux sauvages a d'abord été mis en œuvre à l'automne 2001. Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant la rage par l'entremise de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux et à la radio. Au total, 779 personnes ont demandé des renseignements sur la rage et les expositions possibles (comparativement à 1 391 appels

on rabies and potential exposures (compared to 1,391 calls in fiscal 2006-07).

West Nile Virus

In fiscal 2007-08, the department chaired the interdepartmental New Brunswick West Nile Virus Committee and continued to revise and update the management plan for surveillance, prevention and control of the West Nile Virus as new information evolved. Surveillance for West Nile focused on testing wild birds.

The department continued the West Nile virus education and awareness campaign with pamphlets, radio and newspaper advertisements. The toll-free West Nile Virus Information Line handled 1,122 calls from persons seeking general information, to report sightings of dead birds, or both, compared to 1,679 calls in fiscal 2006-07.

As part of provincial West Nile virus surveillance dead birds of the target species (members of the crow family) in suitable condition were submitted for West Nile virus testing. A total of 262 birds were submitted for testing compared to 325 in fiscal 2006-07. As in the previous year, West Nile virus was not detected in any birds in New Brunswick in 2007 and has only been detected once in six birds in New Brunswick, during the summer of 2003.

West Nile virus activity was not detected in any New Brunswick residents during fiscal 2007-08.

Health Protection Programs

Health Protection Programs under the Office of the Chief Medical Officer of Health include: food safety (including food service establishments, fish buyers and agri food services), water quality, community sanitation, institutional health, communicable disease control, *Smoke-free Places Act* enforcement and health promotion.

The delivery of the departments inspection programs is based on risk assessment factors which have an impact on reducing the incidence of illness within New Brunswick. These programs aim at maintaining a healthy environment and at preventing communicable diseases by carrying out inspection, enforcement, licensing and monitoring activities.

Activities carried out for each of the Health Protection Programs in 2007-08 are described below.

Food Safety

Food Service Establishment Licensing

Food service establishments in New Brunswick, including bakeries, eating establishments, catering kitchens, mobile canteens institutional food service establishments, vending machines, and seasonal food service establishments must be licensed to operate. A

au cours de l'exercice financier 2006-2007) en utilisant la ligne d'information sans frais sur la rage.

Virus du Nil occidental

Durant l'exercice 2007-2008, le ministère a présidé le Comité interministériel du Nouveau-Brunswick sur le virus du Nil occidental et a continué de réviser et de mettre à jour un plan de gestion de surveillance, de prévention et de contrôle du virus au fur et à mesure que de nouvelles données devenaient disponibles. La surveillance du virus du Nil occidental consistait principalement à faire l'analyse d'oiseaux sauvages.

Le ministère a poursuivi sa campagne de sensibilisation et d'information concernant le virus du Nil occidental par l'entremise de brochures ainsi que d'annonces dans les journaux et à la radio. La ligne d'information sans frais sur le virus a reçu 1 122 appels de personnes demandant de l'information générale ou désirant signaler la présence d'oiseaux morts, ou les deux, comparativement à 1 679 au cours de l'exercice financier 2006-2007.

Dans le cadre du Plan provincial de surveillance du virus du Nil occidental, les oiseaux morts des espèces ciblées (appartenant à la famille des corvidés) qui étaient en bon état ont fait l'objet d'un dépistage du virus du Nil occidental. Au total, 262 oiseaux ont été analysés comparativement à 325 pendant l'exercice 2006-2007. Tout comme l'année précédente, le virus du Nil n'a pas été décelé au Nouveau-Brunswick en 2007; il n'a été décelé qu'une fois dans six oiseaux au Nouveau-Brunswick au cours de l'été 2003.

Aucun cas d'infection d'une personne par le virus du Nil occidental n'a été signalé au Nouveau-Brunswick au cours de l'exercice 2007-2008.

Programmes de protection de la santé

Les programmes de protection de la santé suivants relèvent du Bureau du médecin hygiéniste en chef : salubrité des aliments (y compris les établissements de restauration, les acheteurs de poisson et les services agroalimentaires), qualité de l'eau, hygiène communautaire, santé en établissement, surveillance des maladies transmissibles, application de la *Loi sur les endroits sans fumée* et promotion de la santé.

La prestation des programmes d'inspection du ministère est fondée sur les facteurs d'évaluation des risques qui ont des effets sur la réduction de l'incidence de la maladie au Nouveau-Brunswick. Ces programmes visent à maintenir un environnement sain et à prévenir les maladies transmissibles en effectuant les activités liées à l'inspection, à l'application, à l'attribution de permis et à la surveillance.

Voici une description des activités entreprises en 2007-2008 pour chaque programme de protection de la santé.

Salubrité des aliments

Délivrance de permis d'exploitation d'un établissement de restauration

Les établissements de restauration au Nouveau-Brunswick, notamment les pâtisseries, restaurants, services de traiteur, cantines mobiles, services alimentaires d'établissement, distributeurs automatiques et établissements saisonniers, doivent obtenir un permis d'exploitation. Une condition du

condition of licensing requires that each establishment be inspected by a public health inspector who is responsible to enforce requirements of the *Health Act* for the operation of food service establishments.

The frequency of inspection is established using a risk categorization that considers the types of foods served at the establishment, food handling methods, equipment, maintenance of the establishment, food safety training of staff, food safety management programs, compliance history and the population served. Establishments are categorized as high, medium or low risk with a corresponding frequency of three, two or one inspections per year, respectively.

In 2007-08, 2,944 licenses were issued to New Brunswick food service establishments. Public health inspectors conducted 6,041 inspections of licensed establishments and conducted 68 inspections of unlicensed temporary or special event food vendors. In addition to inspection activities, public health inspectors trained 1,587 food handlers in food safety training programs as part of ongoing health promotion activities. The Department of Health recognizes the importance of health education as a means of decreasing the incidence of foodborne illness. In 2007-08, there was increase of 64 per cent of food handlers trained in food safety (1,587) as compared to 2006-07 (1,008). This was due, in part, to the dedicated efforts of the Health Protection Branch to expand the number of food handlers educated in the basics of food safety.

permis précise que chaque établissement doit être inspecté par un inspecteur de la Santé publique qui est chargé d'appliquer les dispositions de la *Loi sur la santé* relatives à l'exploitation des établissements de restauration.

La fréquence des inspections est établie selon un classement des risques qui tient compte des types d'aliments servis dans l'établissement, des méthodes de manipulation des aliments, de l'équipement et de l'entretien de l'établissement, de la formation du personnel relative à la salubrité des aliments, des programmes de gestion de la salubrité des aliments, du dossier de conformité et de la population servie. Les établissements sont classés à risque élevé, moyen ou faible avec une fréquence correspondante de trois, deux ou une inspection par année, respectivement.

En 2007-2008, 2 944 permis ont été délivrés à des établissements de restauration au Nouveau-Brunswick. Les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 6 041 inspections d'établissements titulaires d'un permis et 68 inspections de fournisseurs de produits alimentaires à des événements spéciaux ou temporaires non visés par un permis. Les inspecteurs de la Santé publique ont aussi formé 1 587 manipulateurs d'aliments dans le cadre de programmes de formation en salubrité des aliments faisant partie des activités continues de promotion de la santé. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance de l'éducation en matière de santé comme moyen de diminuer l'incidence des maladies d'origine alimentaire. En 2007-2008, on a constaté une hausse de 64 pour cent des manipulateurs des aliments ayant été formés en salubrité des aliments (1 587) comparativement à 2006-2007 (1 008). Cette hausse est en partie attribuable aux efforts de la Direction générale de la protection de la santé visant à augmenter le nombre de manipulateurs des aliments formés aux rudiments de la salubrité des aliments.

Number of food service establishment inspections/Nombre d'inspections d'établissements de restauration

	2006-07	2007-08
High/Risque élevé	973	1,374*
Medium/Risque moyen	3,806	3,831
Low/Risque faible	904	836
Total	**5,683**	**6,041**
Licenses Issued/Nombre de permis délivrés	2,756	2,944
Licences revoked/Nombre de permis révoqués	10	10
Food handlers trained/Nombre de manipulateurs d'aliments formés	1008	1,587

* The Health Protection Branch introduced a new method of Risk Assessment categorization for foodservice establishments in 2007-08. Establishments who fall under the high risk category are inspected more frequently than those in the other categories. Some foodservice establishments may have been moved into this category from other categories due to a number of factors such as type of foods served, vulnerable population served and number of persons served, for example. / La Direction générale de la protection de la santé a adopté une nouvelle méthode de catégorisation de l'évaluation des risques pour les établissements de restauration en 2007-2008. Les établissements dans la catégorie de Risque élevé sont inspectés plus souvent que ceux dans les autres catégories. Certains établissements de restauration ont pu passer des autres catégories à cette catégorie en raison de plusieurs facteurs, notamment le genre d'aliment servi, la population vulnérable servie et le nombre de personnes servies.

Agri-Food Services

Raw Milk Quality Program
Inspection staff, in conjunction with the Provincial Dairy Laboratory, provided the Raw Milk Quality Control Program for the dairy producers in the province. Dairy producers continue to demonstrate a high degree of compliance with raw milk quality standards.

Raw Milk Sampling	2006-07	2007-08
Number of raw milk samples tested	3,130	3,009
Compliance:		
Bacteria Counts	98.08%	97.87%
Somatic Cell Count	96.93%	97.67%
Added Water	99.87%	99.90%
Number of inhibitor infractions	1	

Dairy Farm Inspections
Approximately 243 dairy farms are inspected once per year for sanitation and facility requirements with follow-up inspections as required. Inspections are also conducted each time a quality infraction occurs in the raw milk testing program.

	2006-07	2007-08
Number of routine dairy farm inspections	258	243
Number of follow-up, quality and other inspections	348	300

Dairy Processors
Sample collection and product testing at the NB Dairy Laboratory

	2006-07	2007-08
Number of milk and cream samples	301	110*
Number of other samples		
Cheese	147	114
Butter	52	25

* The department stopped sampling at federally registered dairy plants on June 1, 2007 resulting in decreased sample numbers for 2007-08.

Services agroalimentaires

Programme de contrôle de la qualité du lait cru
Le personnel d'inspection, en collaboration avec le laboratoire provincial des produits laitiers, a offert le Programme de contrôle de la qualité du lait cru aux producteurs laitiers de la province. Les producteurs laitiers continuent d'afficher un degré élevé de conformité avec les normes de la qualité du lait cru.

Échantillonnage du lait cru	2006-2007	2007-2008
Nombre d'échantillons de lait cru analysés	3 130	3 009
Conformité :		
Énumérations bactériennes	98,08 %	97,87 %
Énumération des cellules somatiques	96,93 %	97,67 %
Eau ajoutée	99,87 %	99,90 %
Nombre d'agents inhibiteurs	1	

Inspections de fermes laitières
Environ 243 fermes laitières sont inspectées chaque année relativement aux exigences de salubrité de l'installation et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Des inspections sont également effectuées chaque fois qu'une infraction aux normes de qualité se produit dans le cadre du programme d'analyse du lait cru.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'inspections périodiques de fermes laitières	258	243
Nombre d'inspections de suivi, de qualité et autres	348	300

Transformateurs de produits laitiers
Prélèvement d'échantillons et analyse des produits au laboratoire des produits laitiers du Nouveau-Brunswick.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'échantillons de lait et de crème	301	110*
Nombre d'échantillons autres		
Fromage	147	114
Beurre	52	25

* Le ministère a cessé l'échantillonnage aux usines laitières enregistrées auprès du gouvernement fédéral à partir du 1er juin 2007 entraînant une baisse des chiffres d'échantillonnage pour 2007-2008.

Processing Plant Inspections and Milk Meter Calibrations

Pasteurization plants that are not registered with, and inspected by, the Canadian Food Inspection Agency, are inspected once per year with follow-up as required. Milk meter calibrations are completed once per year with follow-up as required. Provincial plants are now inspected twice a year. An additional plant was licensed last year.

	2006-07	2007-08
Raw milk cheese and pasteurization plant inspections	6	11
Milk Meter Calibrations	3	3

Abattoir Inspections

Abattoirs were inspected three times per year for sanitation and facility requirements with follow up as required. Last year abattoirs were inspected twice or once a year with the implementation of a risk based inspection program. There are five more inspections per year relating to specified risk material (SRM) removal in beef cattle.

	2006-07	2007-08
Number of licensed abattoirs	32	32
Number of abattoir inspections	225	199

Bulk Tank Milk Graders

Bulk tank milk graders (BTMG) are individuals that are licensed to:

a) sample and collect raw milk at the farm level
b) deliver raw milk to dairy plants
c) maintain the sanitary condition of bulk milk tankers and trucks

Bulk Tank Milk Graders are inspected once per year and upon initial licensing

	2006-07	2007-08
Number of BTMG inspections	33	31

Bulk Milk Tank Truck

Bulk milk tank trucks are inspected once per year with follow-up as required

	2006-07	2007-08
Number of tanker inspections	24	18

Inspections d'usine de transformation et étalonnage des compteurs à lait

Les usines de pasteurisation qui ne sont pas enregistrées auprès de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et qui ne sont pas inspectées par celle-ci sont inspectées une fois par année, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. Les étalonnages des compteurs à lait sont effectués une fois par année et les étalonnages de suivi sont effectués au besoin. Les usines provinciales sont maintenant inspectées deux fois par année. Une autre usine a reçu son permis l'an dernier.

	2006-2007	2007-2008
Inspections d'usines de fromage au lait cru et de pasteurisation	6	11
Étalonnages des compteurs à lait	3	3

Inspections d'abattoirs

Les abattoirs ont été inspectés trois fois par année pour les conditions sanitaires et les besoins de l'installation, et des inspections de suivi sont effectuées selon les besoins. L'an dernier, les abattoirs ont été inspectés deux ou une fois par année avec la mise en œuvre d'un programme d'inspection fondé sur le risque. De plus, il y a cinq autres inspections par année pour l'enlèvement des matières à risque spécifiées (MRS) des bovins.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'abattoirs ayant un permis	32	32
Nombre d'inspections d'abattoir	225	199

Préposés au classement du lait en citerne

Les préposés au classement du lait en citerne sont des personnes autorisées :

a) à échantillonner et à ramasser le lait cru dans les fermes;
b) à livrer le lait cru aux usines laitières;
c) à maintenir les conditions d'hygiène des camions-citernes à lait cru.

Les préposés au classement du lait en citerne sont visés par une inspection une fois par année et au moment de la délivrance du permis.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'inspections par les préposés au classement du lait en citerne	33	31

Camion-citerne de lait

Les camions-citernes sont inspectés une fois par année et des inspections de suivi sont effectuées au besoin.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'inspections de camions-citernes	24	18

Fish Buyers Licensing
Fish buyers are licensed annually and are inspected a minimum of once per year by a public health inspector. Note: Fish buyers who are also federally registered and inspected by the Canadian Food Inspection Agency are exempt from provincial inspection.

	2006-07	2007-08
Number of licenses issued	675	637
Number of inspections	411	477

Water Quality

Public Drinking Water Supplies
The Department of Health works in cooperation with the Department of Environment to regulate public drinking water supplies. Public health inspectors monitor the results of water samples taken by municipalities and crown owned systems to ensure the water does not exceed health advisory limits, a set of bacteriological and chemical criteria based on the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality. To protect the public from adverse health consequences, district medical officers of Health may issue 'Boil Orders' or 'Do Not Consume Orders' where public supplies fail to meet the health advisory limits.

In 2007-08, 12 Boil Orders were issued in 11 New Brunswick communities.

	2006-07	2007-08
Number of tests monitored	23,100	24, 400
Boil Orders Issued	13	12
Do Not Consume Orders Issued	0	0

Private Drinking Water Supplies
In 2006-07, the Department of Environment introduced a one-time free water testing opportunity for private well owners called "Know Your H20". The Department of Health participated in the program by reporting to homeowners results which exceeded the Guidelines for Canadian Drinking Water Quality and providing free follow-up samples.

	2006-07	2007-08
Private Water Supplies		
Private well owner samples submitted	7,664	12,819*
Free samples offered for Know Your H20	3,434	6,195
Private well owners contacted	7,613	5,795

* Increase related to free sampling program

Délivrance de permis d'acheteurs de poisson
Les acheteurs de poisson doivent obtenir un permis chaque année et ils font l'objet d'au moins une inspection par année par un inspecteur de la Santé publique. Nota : Les acheteurs de poisson qui sont aussi inscrits auprès du gouvernement fédéral et inspectés par l'Agence canadienne d'inspection des aliments sont exemptés de l'inspection provinciale.

	2006-2007	2007-2008
Nombre de permis délivrés	675	637
Nombre d'inspections	411	477

Qualité de l'eau

Sources publiques d'approvisionnement en eau potable
Le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Environnement à la réglementation des sources d'approvisionnement en eau potable. Les inspecteurs de la Santé publique surveillent les résultats des échantillons d'eau prélevés par les municipalités et dans les réseaux de la Couronne afin de s'assurer que l'eau ne dépasse pas le niveau d'avis sanitaire, un ensemble de critères bactériologiques et chimiques établi selon les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Afin de protéger le public contre les conséquences néfastes pour la santé, les médecins hygiénistes régionaux peuvent donner des ordres de faire bouillir l'eau ou de s'abstenir de consommer l'eau lorsque les sources publiques d'approvisionnement en eau dépassent le niveau d'avis sanitaire.

En 2007-2008, douze ordres de faire bouillir l'eau ont été délivrés dans onze localités du Nouveau-Brunswick.

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'échantillons analysés	23 100	24 400
Nombre d'ordres de faire bouillir l'eau	13	12
Nombre d'ordres de s'abstenir de consommer l'eau	0	0

Sources privées d'approvisionnement en eau potable
En 2006-2007, le ministère de l'Environnement a offert aux propriétaires de puits privés une occasion unique d'analyser leur eau gratuitement. Ce programme s'appelait « Connaissez-vous votre eau? ». Le ministère de la Santé a participé au programme en fournissant aux propriétaires de puits les résultats des analyses qui dépassaient les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada et en offrant gratuitement le prélèvement d'échantillons de suivi.

	2006-2007	2007-2008
Sources privées d'approvisionnement en eau		
Échantillons de puits privés soumis	7 664	12 819*
Échantillons gratuits offerts pour « Connaissez-vous votre eau? »	3 434	6 195
Propriétaires de puits privés contactés	7 613	5 795

* Augmentation liée au programme d'échantillonnage gratuit

Recreational Water Quality
The department continues to monitor and sample recreational swimming areas during summer months. Swimming areas are assessed for environmental conditions including proximity to sewage outfalls and recreational use and are sampled for bacteriological water quality. Results of bacteriological tests are measured against the Canadian Recreational Water Quality Guidelines. Where deemed necessary to protect the health of the public, district medical officers of health may post an area as unsafe for swimming.

	2006-07	2007-08
Recreational swimming areas		
Number of sites monitored	151	272
Number of sites closed	3	5

Environmental Health and Community Sanitation

On-Site Sewage Disposal System Applications and Assessments
Properties that do not have access to municipal services require an on-site sewage disposal system which consists of a septic tank and a disposal field. Public health inspectors assess applications to install on-site sewage disposal systems to ensure the proposed systems will not contaminate groundwater resources or cause nuisances. The design and location of the system and soil conditions of the property are evaluated to determine if sewage can be effectively treated to prevent the spread of communicable diseases.

Individuals installing on-site sewage disposal systems for others must be licensed by the department. Courses are offered by public health inspectors to train individuals on the regulatory requirements, technical specifications and proper installation of on-site sewage disposal systems. In 2007-08, 220 individuals were trained and 347 individuals were licensed to install systems.

On-Site Sewage Disposal System	2006-07	2007-08
Application Assessments	3,331	2,795
Inspections	2,955	2,886

Subdivision Assessments
Individuals or companies wishing to subdivide land make an application to the appropriate planning authority. Should the land being subdivided require on site sewage disposal, the planning authority requires the Department of Health to assess the land and make recommendation with respect to suitability for on-site sewage disposal. Public health inspectors conduct the assessments to ensure the land meets the requirements of the *Health Act* which include size, dimension, soil quality and proximity of the land to lakes, streams or other bodies of water.

	2006-07	2007-08
Subdivision Assessments	788	736

Qualité de l'eau à des fins récréatives
Le ministère continue de surveiller et d'échantillonner les lieux de natation pendant les mois d'été. Les lieux de natation sont évalués quant aux conditions environnementales, y compris la proximité des émissaires d'évacuation et l'utilisation récréative. Des échantillons sont prélevés afin de déterminer la qualité bactériologique de l'eau. Les résultats des analyses bactériologiques sont évalués en fonction des Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Lorsqu'il est nécessaire de protéger la santé du public, les médecins hygiénistes régionaux peuvent poser une enseigne indiquant qu'un secteur n'est pas sécuritaire pour la baignade.

	2006-2007	2007-2008
Lieux de natation		
Nombre de sites surveillés	151	272
Nombre de sites fermés	3	5

Écosalubrité et salubrité communautaire

Demandes de systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées et évaluations
Les biens-fonds non reliés aux services municipaux doivent être dotés d'un système autonome d'évacuation des eaux usées qui comprend une fosse septique et un champ d'épuration. Les inspecteurs de la Santé publique évaluent les demandes d'installation de tels systèmes afin de s'assurer que les systèmes proposés ne contamineront pas les ressources en eau souterraine ou ne créeront pas de nuisances. La conception et l'emplacement du système, et les conditions du sol sont évalués pour déterminer s'il est possible de traiter les eaux usées efficacement afin d'éviter la propagation de maladies transmissibles.

Les particuliers qui installent des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées pour d'autres propriétaires doivent être titulaires d'un permis du ministère. Les inspecteurs de la Santé publique offrent aux particuliers des cours sur les normes réglementaires, les devis techniques et l'installation des systèmes autonomes d'évacuation des eaux usées. En 2007-2008, 220 personnes ont suivi les cours et 347 personnes ont obtenu des permis d'installation des systèmes.

Système autonome d'évacuation des eaux usées sur place	2006-2007	2007-2008
Évaluation des demandes	3 331	2 795
Inspections	2 955	2 886

Évaluation des lotissements
Les particuliers ou les entreprises qui désirent lotir un terrain présentent une demande à l'autorité d'urbanisme responsable. Si le terrain devant être loti doit être muni d'un système autonome d'évacuation des eaux usées, l'autorité d'urbanisme demande au ministère de la Santé d'évaluer le terrain et de formuler une recommandation indiquant si le terrain convient ou non à l'installation d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. Les inspecteurs de la Santé publique effectuent les évaluations afin de s'assurer que le terrain répond aux dispositions de la *Loi sur la santé*, notamment la taille, la dimension, la qualité du sol et la proximité du terrain des lacs, ruisseaux ou autres cours d'eau.

	2006-2007	2007-2008
Évaluation des lotissements	788	736

Air Quality
Public health inspectors provide assessments and advice related to indoor air quality and housing on a complaint basis. Complaints are investigated with referral to appropriate agencies such as the Office of the Rentalsman.

	2006-07	2007-08
Indoor air quality investigations	138	171
Housing complaint investigations	299	314

Institutional Health
The department provides recommendations for licensing to the Department of Social Development for daycare and special care facilities. These recommendations are based on annual inspections conducted by public health inspectors who monitor compliance with standards established for the inspection of such facilities.

In 2007-08, Public Health Inspectors conducted 1,099 institutional inspections.

	2006-07	2007-08
Special Care Home inspections	496	541
Daycare inspections	524	558

Smoke-free Places Act
The department manages a toll-free number for individuals to call if they wish to report suspected violations of the *Smoke-free Places Act* which restricts smoking in public places and workplaces. Callers to the toll-free number are asked to provide basic information regarding their complaint and suspected violation of the *Act*. Public health inspectors respond to the complaint by inspecting and investigating violations, issuing orders and where necessary laying charges under the *Act*.

	2006-07	2007-08
Complaints investigated	49	26

Communicable Disease Control
Sporadic cases and outbreaks of foodborne and waterborne communicable diseases are investigated by public health inspectors to identify the source and prevent further spread of the disease. While the following diseases are normally associated with food, cases have been linked to contaminated water and secondary transmission from humans.

Surveillance Data: Enteric, Food and Waterborne Diseases

Qualité de l'air
Les inspecteurs de la Santé publique effectuent des évaluations et offrent des conseils sur la qualité de l'air intérieur et sur les logements lorsqu'ils reçoivent des plaintes. Les plaintes sont étudiées et transmises aux organismes responsables, comme le Bureau du médiateur des loyers.

	2006-2007	2007-2008
Enquêtes sur la qualité de l'air intérieur	138	171
Enquêtes sur des plaintes relatives au logement	299	314

Santé en établissement
Le ministère fournit au ministère du Développement social des recommandations sur la délivrance de permis de garderies et de foyers de soins spéciaux. Ces recommandations sont fondées sur les inspections annuelles effectuées par les inspecteurs de la Santé publique qui surveillent la conformité aux normes établies pour l'inspection de tels établissements.

En 2007-2008, les inspecteurs de la Santé publique ont effectué 1 099 inspections d'établissements.

	2006-2007	2007-2008
Inspections de foyers de soins spéciaux	496	541
Inspections de garderies	524	558

Loi sur les endroits sans fumée
Le ministère gère un numéro sans frais que peuvent utiliser les particuliers qui veulent signaler des infractions présumées à la *Loi sur les endroits sans fumée* qui interdit l'usage du tabac dans les endroits publics et les lieux de travail. Les personnes doivent fournir de l'information de base concernant leur plainte et la présumée infraction à la *Loi*. Les inspecteurs de la Santé publique donnent suite à la plainte par une inspection et une enquête, la délivrance d'ordres de conformité et, lorsqu'il y a lieu, des poursuites en vertu de la *Loi*.

	2006-2007	2007-2008
Plaintes ayant fait l'objet d'une enquête	49	26

Surveillance des maladies transmissibles
Les inspecteurs de la Santé publique étudient les cas sporadiques et les éclosions de maladies transmissibles afin de déterminer leur source et prévenir leur propagation. Bien que les maladies suivantes soient normalement associées aux aliments, des cas ont été liés à de l'eau contaminée et à une transmission secondaire par des humains.

Données de surveillance : Maladies entériques, alimentaires et hydriques

Table A-5 Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick, 2003-2007

Crude Incidence Rate per 100,000 Population

Disease	2003	2004	2005	2006	2007
Amebiasis	0.0	0.3	1.9	0.4	0.1
Campylobacter	27.2	19.4	23.4	22.8	22.1
Giardiasis	11.1	10.5	10.8	12.8	12.9
E. coli 0157 :H7	2.4	2.3	1.6	1.6	3.3
Salmonellosis	16.9	18.6	14.4	22.8	17.3
Shigellosis	2.3	0.9	1.5	0.7	0.5

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit. 2006 rates are updated to reflect postcensual population estimates by Statistics Canada based on 2001census data, 2007 rates are calculated based on the preliminary postcensual population estimates based on the 2001 census data.

Maladies entériques, alimentaires et hydriques signalées au Nouveau-Brunswick (de 2003 à 2007)

Taux d'incidence brut pour 100 000 habitants

Maladie	2003	2004	2005	2006	2007
Amibiase	0,0	0,3	1,9	0,4	0,1
Campylobactériose	27,2	19,4	23,4	22,8	22,1
Giardiase	11,1	10,5	10,8	12,8	12,9
E. coli 0157:H7	2,4	2,3	1,6	1,6	3,3
Salmonellose	16,9	18,6	14,4	22,8	17,3
Shigellose	2,3	0,9	1,5	0,7	0,5

Source : Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles. Les taux de 2006 sont actualisés pour refléter les estimations démographiques postcensitaires de Statistique Canada basées sur les données de recensement de 2001, les taux de 2007 sont calculés à partir des estimations démographiques postcensitaires préliminaires basées sur les données de recensement de 2001.

Table A-6 Number of Cases of Enteric, Food and Waterborne Diseases Reported in New Brunswick by Region, 2006/ Tableau A-6 Nombre de cas de maladies entériques, alimentaires et hydriques signalés au Nouveau-Brunswick par région, en 2007

Actual Numbers/Chiffres réels	Health Region/Région sanitaire							
Disease/Maladie	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Provincial Total/ Total provincial**
Amebiasis/Amibiase	0	0	0	0	0	1	0	1
Campylobacteriosis/Campylobactériose	51	26	31	30	7	14	7	166
Giardiasis/Giardiase	25	17	28	5	5	10	7	97
E. coli 0157:H7	11	5	9	0	0	0	0	25
Salmonellosis/Salmonellose	34	10	39	24	4	17	2	130
Shigellosis/Shigellose	0	1	3	0	0	0	0	4

Source: OCMOH, Communicable Disease Unit./ Bureau du MHC, Unité de contrôle des maladies transmissibles.

Promotion of Healthy Lifestyles/Healthy Families

Early Childhood Initiatives (ECI)

Early childhood initiatives are a group of seven prevention-focused programs offering a variety of services that foster the health and development of young children from conception to school entry. Client participation is voluntary in all ECI component programs and individual clients participate for various lengths of time.

The Regional Health Authorities are responsible for delivering the health-related programs of ECI. The Department of Social Development is responsible for the social services options.

The goal of the ECI Prenatal Program is to promote healthy pregnancies so that infants will be born healthy. Expectant mothers eligible for the program are offered the services of a public health nurse and/or a nutritionist who tailor sessions to meet the individual client's needs. Clients who meet the financial criteria receive nutritional supplements. Referrals to additional

Promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains

Initiatives pour la petite enfance

Le programme Initiatives pour la petite enfance (IPE) regroupe sept programmes de soins de santé et de services sociaux visant la prévention et offrant une gamme de services axés sur la santé et le développement des jeunes enfants, de la conception à l'intégration en milieu scolaire. La participation du client à tous les programmes est volontaire et la durée de la participation peut varier.

Les régies régionales de la santé sont chargées de la prestation des composantes relatives à la santé du programme IPE. Le ministère du Développement social est chargé des volets de services sociaux.

L'objectif du programme prénatal IPE est d'encourager des grossesses en santé pour que les nourrissons naissent en santé. Les femmes enceintes admissibles au programme se voient offrir les services d'une infirmière ou d'une nutritionniste de la Santé publique qui adaptent les séances en vue de répondre aux besoins de chacune des clientes. Les clientes qui satisfont aux critères financiers reçoivent des suppléments

services are done in collaboration with the client to address concerns that go beyond the programs scope.

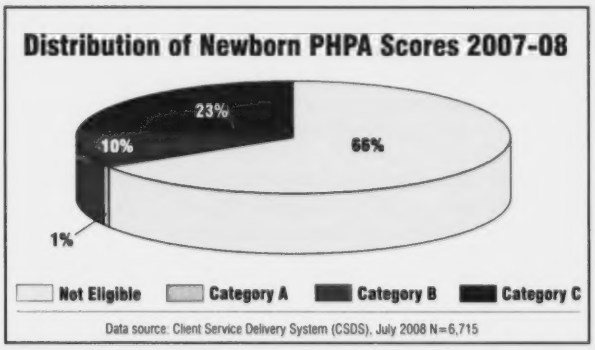
During 2007-08, 1,702 clients participated in the ECI Prenatal Program. Public health nutritionists worked with the majority of the program's clients and provided milk and vitamin supplements to 88 per cent of the women receiving nutrition counseling. Public Health nurses concentrated on serving expectant mothers less than 20 years old.

As part of the ECI Postnatal Program, Public Health nurses use the Public Health Priority Assessment (PHPA) tool to assess newborns in the days following birth. Although not all parents choose to participate in the program, 32 per cent of the 6,890 babies assessed met eligibility criteria. These results are consistent with those of previous years.

The PHPA uses a broad spectrum of weighted factors grouped within three main categories to determine risk of developmental delay.

A. Congenital problems and other health challenges such as Down's Syndrome, Cerebral Palsy, congenital heart defects, cleft lip and palate, or the loss of a limb;
B. Known developmental risk factors including complications of pregnancy or birth, use of drugs or alcohol during pregnancy, and family history of health challenges such as deafness;
C. Family interaction factors such as maternal age, family support, financial resources, mental illness in one or both parents, educational status, and history of family violence.

Chart 1 depicts the distribution of the PHPA newborn screening results within each of its categories. Because an infant may score in one or more categories and numbers are rounded up, the total percentage varies slightly from the previously noted information.



nutritionnels. Toute préoccupation allant au-delà de la portée du programme est acheminée à d'autres services avec la collaboration de la cliente.

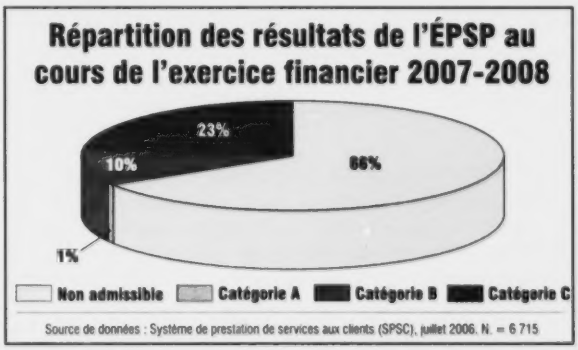
Au cours de l'exercice 2007-2008, 1 702 femmes enceintes ont participé au programme prénatal des IPE. Les nutritionnistes de la Santé publique ont travaillé avec la majorité des clientes du programme et ont offert du lait et des suppléments vitaminiques à 88 pour cent des femmes recevant du counseling nutritionnel. Les infirmières de la Santé publique se sont concentrées à desservir les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans.

Dans le cadre du programme postnatal des IPE, les infirmières de la Santé publique utilisent l'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) pour évaluer les nouveau-nés pendant les jours suivant l'accouchement. Même si tous les parents ne choisissent pas de participer au programme, 32 pour cent des 6 890 bébés évalués ont répondu aux critères d'admissibilité. Ces résultats sont conséquents avec ceux enregistrés au cours des années précédentes.

L'outil d'évaluation des priorités de la Santé publique (ÉPSP) tient compte d'une grande variété de facteurs pondérés faisant partie des trois catégories principales pour déterminer les risques de retard du développement.

A. des problèmes congénitaux et autres problèmes de santé tels que le syndrome de Down, l'infirmité motrice cérébrale, les anomalies cardiaques congénitales, le bec-de-lièvre et la fente palatine, la perte d'un membre;
B. des facteurs de risque connus en matière de développement, y compris les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, la consommation de drogues ou d'alcool durant la grossesse, des antécédents familiaux de problèmes de santé tels que la surdité;
C. des facteurs liés à l'interaction familiale qui comprennent l'âge de la mère, le soutien familial, les ressources financières, la maladie mentale de l'un des parents ou des deux, le niveau d'instruction, les antécédents de violence familiale.

Le graphique 1 illustre la répartition des résultats de l'examen des nouveau-nés à l'aide de l'ÉPSP pour chacune de leur catégorie. Puisqu'un nourrisson peut être évalué dans une catégorie ou plus et que les chiffres sont arrondis, le total du pourcentage varie légèrement par rapport à l'information susmentionnée.



The ECI Postnatal Program focuses on fostering healthy growth and development of infants and children; enhancing parenting abilities; nurturing family resiliency; and increasing community capacity. Public Health postnatal services occur in a number of venues however the majority of visits take place in the client's home. Referrals to additional government and/or community services are completed in collaboration with the parent or care giver in response to a particular need of the child. Public Health nurses also work with parents and other service providers to facilitate transition to school for ECI clients.

During 2007-08 5,894 infants and young children received postnatal services and 2,163 new clients were enrolled in the program. Public Health nurses logged 30,440 services including 6,527 client home visits and 1,841 office visits. Public Health nutritionists saw 138 postnatal clients and distributed nutritional supplements to the 2,022 families who met eligibility criteria following the birth of a baby.

There were also referrals to other professionals and agencies for additional services including the ECI Social Development programs of early intervention, and integrated daycare. Public Health plays a role in supporting Child Protection Services, and Public health nurses and child protection social workers worked collaboratively to deliver services to 924 children under the Child Protection/ECI joint service agreement.

3.5 Year Old Health Clinic

As part of the Early Childhood Initiative complement of programs, services of the 3.5 Year Old Health Clinic are offered to all preschoolers when they reach 3.5 years of age. The child's growth and development is assessed during the clinic visit and healthy lifestyle practices such as nutrition, immunization and child safety are discussed. The Nipissing District Developmental Screen® offers an opportunity for parents to share their observations about their child's development and take home an age appropriate activities tear sheet. When needed and with parental consent, referrals for additional professional services are completed. The 3.5 Year Old Health Clinic provides the second universal screening opportunity for referral to the ECI program.

During 2007-08, Public health nurses saw 5,934 children at the 3.5 Year Old Health Clinic. Of these children, 224 were referred to the ECI program and 28 per cent were referred for further vision, hearing or speech assessment.

The Baby-Friendly Initiative (BFI)

The Baby-Friendly Initiative is a special program of the World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) that promotes informed decision making about breastfeeding; fosters practices that support mothers in establishing

Le programme postnatal IPE vise à instaurer des conditions propices à la croissance et au développement en santé des nourrissons et des enfants en renforçant notamment les compétences parentales, la résilience familiale et les capacités communautaires. Les services postnataux de la Santé publique peuvent être offerts de diverses façons; cependant, la plupart des visites se font au domicile du client. Les besoins particuliers d'un enfant peuvent être signalés à d'autres services gouvernementaux ou communautaires avec la collaboration du parent ou du tuteur. Les infirmières de la Santé publique collaborent aussi avec les parents et d'autres fournisseurs de services pour faciliter la transition à l'école des clientes des IPE.

En 2007-2008, 5 894 nourrissons et jeunes enfants ont reçu des services postnataux des IPE et 2 163 nouveaux clients ont été inscrits au programme. Les infirmières de la Santé publique ont offert 30 440 services, dont 6 527 visites à domicile et 1 841 visites au bureau. Les nutritionnistes de la Santé publique ont vu 138 clientes du programme postnatal et distribué des suppléments nutritionnels à 2 022 familles répondant aux critères d'admissibilité à la suite de l'accouchement d'un bébé.

Il y a aussi eu des aiguillages vers d'autres professionnels et organismes pour obtenir des services supplémentaires, y compris les volets du programme IPE du ministère du Développement social, notamment les programmes d'intervention précoce et de services de garde intégrés. La Santé publique joue un rôle important en assurant un soutien aux Services de protection de l'enfance. Les infirmières de la Santé publique et les travailleurs sociaux de la Protection à l'enfance ont travaillé ensemble pour offrir des services à 924 enfants dans le cadre de l'entente de services communs entre les Services de protection de l'enfance et le programme IPE.

Clinique d'hygiène pour les enfants âgés de trois ans et demi

Les services de la clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi sont offerts à tous les enfants d'âge préscolaire dans le cadre des programmes complémentaires des Initiatives pour la petite enfance. Pendant la visite à la clinique, les évaluations portent sur de nombreux aspects de la croissance et du développement de l'enfant, comme l'alimentation, l'immunisation et la sécurité de l'enfant et sur des modes de vie sains. Le questionnaire de dépistage du district de Nipissing® offre aux parents une occasion de faire part de leurs observations sur le développement de leur enfant et de se procurer un feuillet d'activités en fonction de l'âge. Au besoin et avec le consentement des parents, les enfants sont aiguillés vers d'autres services professionnels. La clinique d'hygiène pour les enfants de trois ans et demi constitue le deuxième programme universel d'évaluation et d'aiguillage vers le programme des IPE.

En 2007-2008, les infirmières de la Santé publique ont évalué 5 934 enfants à la clinique et ont aiguillé 224 enfants vers le programme IPE et 28 pour cent vers d'autres professionnels pour des évaluations supplémentaires de la vue, de l'ouïe et de la parole.

Initiative des amis des bébés (IAB)

L'Initiative des amis des bébés est un programme spécial de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) qui encourage une prise de décision éclairée sur l'allaitement, favorise les pratiques qui soutiennent les mères dans l'établissement d'un allaitement

successful breastfeeding; and protects breastfeeding from activities that undermine its success. Implementing BFI standards improves the quality of care to mothers and their infants through integration of evidence-based practices in hospitals and in the community.

Provincially, the Baby Friendly Initiative is led by the Office of the Chief Medical Officer of Health. Work is done in collaboration with Hospital Services and in conjunction with the New Brunswick BFI Advisory Committee. A number of projects were undertaken to build on activities and successes of past years. Efforts targeted building a work force of health professionals knowledgeable in supporting the breastfeeding mother and her infant; determining the level of BFI readiness within the province's facilities; and determining infant feeding practices in New Brunswick.

As depicted in Table A-8, provincial trends show an incremental increase in babies being breastfed at birth. In 2007-08, 73 per cent of New Brunswick mothers initiated breastfeeding. Although New Brunswick is making small gains each year, indications are that exclusive breastfeeding for the recommended six months remains low and efforts to increase the length of time mother's breastfeed are needed.

Table A-8 Percent of New Brunswick Newborns Breastfed at Birth April 1, 1996 to March 31, 2008

Year	%
96-97	63
97-98	63
98-99	65
99-00	65
00-01	66
01-02	69
02-03	69
03-04	69
04-05	71
05-06	71
06-07	73
07-08	73

Data Sources: Obtained from PHPA recorded in HNIC prior to 1999, and CSDS since July 1999

Healthy Eating

Public health nutritionists provided information on healthy eating using a wide range of activities and settings including public education, information to health professionals, community action groups and consultation services. Partnership building and collaboration are key components for achieving healthy eating objectives for the New Brunswick population. Partners include Community Action Program for Children/Canada Prenatal Nutrition Program (CAPC/CPNP), the Department of Social Development (Prenatal Benefit Program), Department of Education, Provincial Baby Friendly Initiative (BFI)

fructueux et protège l'allaitement des activités qui sapent son succès. La mise en œuvre des normes du programme Initiative des amis des bébés améliore la qualité des soins aux mères et à leurs nourrissons en intégrant des pratiques fondées sur des données probantes dans les hôpitaux et la collectivité.

À l'échelle provinciale, l'Initiative des amis des bébés est dirigée par le Bureau du médecin hygiéniste en chef. La Santé publique dirige cette initiative en collaboration avec les services hospitaliers et avec le concours du Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés du Nouveau-Brunswick. Divers projets ont été entrepris au cours de la dernière année pour tirer parti des activités et des succès ayant eu lieu au cours des dernières années, notamment des efforts ciblés à établir une main-d'œuvre de professionnels de la santé capables de soutenir la mère qui allaite et son nourrisson, de déterminer l'état de préparation de l'Initiative amis des bébés dans les établissements de la province et d'établir les pratiques en matière d'alimentation infantile au Nouveau-Brunswick.

Comme le montre le tableau A-8, la tendance provinciale montre une augmentation progressive du nombre de bébés qui sont allaités à la naissance. En 2007-2008, 73 pour cent des mères néo-brunswickoises ont choisi l'allaitement naturel. Même si le Nouveau-Brunswick enregistre de faibles gains chaque année, les indices de l'allaitement exclusif pendant la période recommandée de six mois demeurent faibles et des efforts visant à accroître la durée d'allaitement par la mère sont nécessaires.

Tableau A-8 Pourcentage de nouveau-nés du Nouveau-Brunswick nourris par allaitement maternel à la naissance du 1er avril 1996 au 31 mars 2008

Année	%
1996-1997	63
1997-1998	63
1998-1999	65
1999-2000	65
2000-2001	66
2001-2002	69
2002-2003	69
2003-2004	69
2004-2005	71
2005-2006	71
2006-2007	73
2007-2008	73

Sources de données : Tiré de l'ÉPSP enregistré dans HNIC avant 1999, et du SPSC depuis juillet 1999.

Alimentation saine

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'information sur les saines habitudes alimentaires au cours de diverses activités et dans plusieurs milieux, y compris l'information au public, des renseignements aux professionnels de la santé, les groupes d'action communautaires et les services de consultation. La création de partenariats et d'entente de collaboration constitue un élément essentiel à la réalisation des objectifs d'une alimentation saine pour la population du Nouveau-Brunswick. Les partenaires suivants participent à ces initiatives : Programme d'action communautaire pour les enfants et Programme canadien de nutrition prénatale (PACE/PCNP),

Advisory Committee, Healthy Eating and Physical Activity Coalition of New Brunswick (HEPAC) and the Department of Wellness, Culture and Sport. Collaboration with other provinces and territories to promote healthy eating and physical activity is also happening through different channels.

Public health nutritionists provided support to the Healthy Learners in School Program as well as the Vegetable and Fruit Grants Program to promote the consumption of vegetables and fruits to students in New Brunswick Public Schools. Public health nutritionists also contributed to the ongoing development of the Department of Education's School food policy and help schools and school districts implement the policy. Public health nutritionists promoted the use of Canada's Food Guide which is an important tool for promoting wellness and preventing chronic disease amongst New Brunswickers.

Dental Health

In collaboration with the school districts, Public Health has been offering a preventative dental Fluoride Mouthrinse Program to elementary schools across New Brunswick since 1979. Fluoride mouth rinse is an effective measure to prevent tooth decay as it helps strength the tooth enamel. The Mouthrinse Program is a voluntary program that requires parental consent and it is conducted on a weekly basis to students in Grades K to 5.

Healthy Learners in School Program

The Healthy Learners in School Program, introduced in September 2000, was jointly developed by the Departments of Health and Education. The purpose is to promote the development of health promotion and prevention initiatives to improve student wellness. The aim is to promote interventions that will support students in healthy decision making before they are in crisis.

The Regional Health Authorities have responsibility for delivering the Healthy Learners in School Program. Health Advisory Committees are made up of public health nurses, educators, parents, students and community members. Each year, the committee identifies health priorities, develops comprehensive action plans and works together to implement strategies to encourage healthy lifestyles and supportive, healthy environments. Public health nurses with the program also provide support to the development and implementation of health curricula by districts and schools.
In 2007-08, districts continued to address a range of priorities, with the majority involving promotion of healthy eating, physical activity, and emotional well-being as well as supporting Tobacco-free Schools' initiatives.

Sexual Health Program

Using a comprehensive approach, the department's Sexual Health Program aims to improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. The program aims to reduce the incidence

Programme de prestations prénatales du ministère du Développement social, ministère de l'Éducation, Comité consultatif de l'Initiative des amis des bébés, Coalition pour une alimentation saine et l'activité physique (CASAP) et ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport. La collaboration avec les autres provinces pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique est également assurée par l'entremise d'autres réseaux.

Les nutritionnistes de la Santé publique ont fourni de l'aide au programme Apprenants en santé à l'école ainsi qu'au Programme de subventions pour fruits et légumes visant à encourager les élèves des écoles publiques du Nouveau-Brunswick à consommer des fruits et des légumes. Les nutritionnistes de la Santé publique ont aussi participé à l'élaboration continue de la politique du ministère de l'Éducation sur l'alimentation en milieu scolaire et ont aidé les écoles et les districts scolaires à la mettre en œuvre. Les nutritionnistes de la Santé publique ont encouragé l'utilisation du Guide alimentaire canadien, un outil important de promotion du mieux-être et de prévention des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois.

Hygiène dentaire

En collaboration avec les districts scolaires, la Santé publique offre un Programme de rinçage buccal au fluorure aux écoles élémentaires de la province du Nouveau-Brunswick depuis 1979. Le rinçage buccal au fluorure est une mesure efficace pour prévenir les caries dentaires et renforcer l'émail des dents. Il s'agit d'un programme volontaire qui exige le consentement des parents et qui est organisé une fois par semaine pour les élèves de la maternelle à la 5e année.

Programme Apprenants en santé à l'école

Le programme Apprenants en santé à l'école, lancé en septembre 2000, a été élaboré conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation. Le but du programme est de promouvoir l'élaboration de programmes de prévention et de promotion de la santé afin d'améliorer le mieux-être des élèves. Il vise à encourager les interventions qui appuieront les élèves dans la prise de décisions saines avant qu'ils se trouvent en état de crise.

Le programme Apprenants en santé à l'école relève des régies régionales de la santé. Les comités consultatifs en matière de santé regroupent les infirmières de la Santé publique, les éducateurs, les parents, les élèves et les membres de la collectivité. Chaque année, le comité détermine les priorités en matière de santé, élabore des plans d'action exhaustifs et travaille en collaboration afin de mettre en œuvre des stratégies favorisant des modes de vie et des milieux positifs et sains. Les infirmières de la Santé publique du programme appuient aussi l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'hygiène par les districts et les écoles.
En 2007-2008, les districts ont accordé la priorité à la promotion d'une alimentation saine, à l'activité physique, au bien-être émotionnel ainsi qu'aux initiatives visant des écoles sans fumée.

Programme de santé sexuelle

Misant sur une approche exhaustive, le Programme de santé sexuelle du ministère vise à améliorer et à soutenir la santé sexuelle des jeunes néo-brunswickois en plus d'en favoriser le maintien. Le programme a pour but de réduire l'incidence

of unplanned pregnancies and sexually transmitted infections in New Brunswick youth. Program components include education, counseling and clinical services to youth under the age of 25. Parents/guardians may access the program for education and counseling services. Professionals who work with youth may access education information and resources as well. Services are provided through sexual health centers located in the seven Regional Health Authorities along with additional outreach services to rural areas of the region.

Education is one of the main components of the Sexual Health Program. Sound, current and age-appropriate sexual health education is the foundation upon which the Sexual Health Program is built.

In fiscal 2007-08, there were approximately 13,900 clients who accessed the regional Sexual Health Centers, of which 2,750 were new clients. Clinical services (sexual health related examinations/tests by a nurse and/or physician) were received by 14,193 clients. There were 629 group education sessions that reached approximately 21,489 people. In addition to these services, Public Health responded to approximately 2,366 requests for sexual health related resources/information from parents, students and professionals.

Injury / Disease Prevention Initiatives

Tobacco
Figures obtained from the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Wave 1-2007, indicate that 20 per cent of New Brunswickers aged 15 and older smoke. Figures showed that 15 per cent of youth aged 15-19 years are current smokers, a drop of two per cent over the previous year. Meanwhile, 25 per cent of youth aged 20-24 years are current smokers, a decrease of seven per cent over the previous year.

Tobacco control initiatives continue to be a key component to improve population health. In October 2004, the province implemented the provincial *Smoke-free Places Act*. The legislation includes a complete ban on smoking in all enclosed public places and indoor workplaces in the province, with the exception of group living facilities and tourist accommodation facilities which can designate smoking rooms.

Complaints under *Smoke Free Places Act*

DEPARTMENT	April – March 2005-06	April – March 2006-07	April – March 2007-08
Public Health	41 (63%)	34 (69%)	20 (77%)
Public Safety	10 (15%)	6 (12%)	2 (8%)
WHSCC	14 (22%)	9 (19%)	4 (15%)
Total complaints	**65**	**49**	**26**

des grossesses imprévues et des maladies transmises sexuellement chez les jeunes du Nouveau-Brunswick. Les composantes du programme offrent de l'information, du counseling et des services cliniques aux jeunes âgés de moins de 25 ans. Les parents ou tuteurs peuvent accéder à de l'information sur l'éducation et les services de counseling grâce au programme. Les professionnels qui travaillent avec les jeunes peuvent également accéder à de l'information et aux ressources relatives à l'éducation. Les services sont offerts par l'entremise de centres de santé sexuelle situés dans sept régies régionales de la santé, en plus des services d'extension qui sont offerts dans les zones rurales des diverses régions.

L'éducation constitue l'un des principaux éléments du Programme de santé sexuelle. Une éducation sexuelle solide, actuelle et adaptée à l'âge est le fondement du Programme de santé sexuelle.

Au cours de l'exercice financier 2007-2008, environ 13 900 clients ont accédé aux centres de santé sexuelle régionaux et, de ce nombre, 2 750 étaient de nouveaux clients. De plus, 14 193 clients ont bénéficié de services cliniques (examens et tests ayant trait à la santé sexuelle effectués par une infirmière ou un médecin). Les 629 séances d'information de groupe ont été suivies par environ 21 489 personnes. En plus de ces services, la Santé publique a répondu à environ 2 366 demandes de ressources et d'information relatives à la santé sexuelle provenant des parents, des élèves et des professionnels.

Initiatives relatives à la prévention des blessures et des maladies

Tabagisme
Les chiffres obtenus de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, phase 1-2007, indiquent que 20 pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 15 ans et plus fument ainsi que 15 pour cent des jeunes de 15 à 19 ans, ce qui représente une diminution de deux pour cent par rapport à l'année précédente. Entre-temps, pour le groupe des 20 à 24 ans, le taux est de 25 pour cent, ce qui représente une diminution de sept pour cent par rapport à l'année précédente.

Les mesures de lutte contre le tabagisme demeurent un volet clé pour améliorer la santé de la population. En octobre 2004, le gouvernement provincial a mis en œuvre la *Loi sur les endroits sans fumée*. Cette *Loi* comprend une interdiction complète de fumer dans les endroits publics fermés et dans les lieux de travail intérieurs dans la province, à l'exception des établissements où les gens vivent en groupe et des établissements d'hébergement touristiques qui peuvent désigner des chambres fumeurs.

Plaintes en vertu de la *Loi sur les endroits sans fumée*

MINISTÈRE	Avril à mars 2005-2006	Avril à mars 2006-2007	Avril à mars 2007-2008
Santé publique	41 (63 %)	34 (69 %)	20 (77%)
Sécurité publique	10 (15 %)	6 (12 %)	2 (8%)
CSSIAT	14 (22 %)	9 (19 %)	4 (15%)
Total de plaintes	**65**	**49**	**26**

The *Act* is enforced through a coordinated approach between Public Health, the Department of Public Safety, and the Workplace Health, Safety and Compensation Commission. A toll-free information line also provided a single entry point for people to report violations of the *Act*. Since the introduction of the *Act*, the number of complaints has declined from a total of 156 complaints in the first six months of fiscal 2004-05 to 26 for the entire 2007-08 fiscal year.

The *Tobacco Sales Act* regulates how and to whom tobacco products are sold. Compliance checks and decoy buys (enforcement checks) continue to be carried out to ensure tobacco products are not sold to anyone under age 19. A total of 1,841 compliance checks were conducted and subsequent "decoy buys" were undertaken with a compliance rate of approximately 94 per cent in both cases. These efforts resulted in three charges being laid.

The New Brunswick Anti-Tobacco Coalition, a cooperative effort between non-government organizations, government departments and Regional Health Authority personnel, was launched in September 2001. The goal of the coalition is to formalize and strengthen collaborative action on key objectives of the Anti-Tobacco Strategy. As this effort directly contributes to the strategic directions and activities of the Wellness Strategy, announced in January 2006, support for the coalition now is through the Wellness Strategy. The Department of Wellness, Culture, and Sport now has lead responsibility for this initiative.

Mental Health Prevention/Promotion Initiatives

Several programs managed and/or supported by the Addiction and Mental Health Services Division focus on prevention and promotion activities. These include consumer-run activity centres that are located throughout the province. They engage in a variety of activities, according to local needs and interests. They promote community integration by providing social, vocational, recreational and advocacy activities. They help people become more independent of formal services by means of peer support, education, and mutual self-help. During the 2007-08 fiscal year, the activity centres received 1,695 distinct attendees, which represents a nine per cent decrease in the number of individual attendees from the previous fiscal year. In addition, there are two Clubhouses, one in Saint John and one in Fredericton, where mental health consumers work in partnership with professionals to provide meaningful, structured, pre-vocational and vocational activities.

The prevention and promotion component also includes a Critical Incident Stress Response Program, which is intended to help alleviate stress trauma due to a tragic occurrence. In 2007-08, regionally based Critical Incident Stress Management (CISM) teams were called upon to provide services to 582 individuals. Emergency services personnel were also involved in 60 debriefing sessions (25 debriefing and 35 defusing) related to various traumatic incidents such as road traffic accidents leading to deaths, attempted suicides and suicides, fire, threats and

La *Loi* est appliquée à l'aide d'une approche coordonnée entre la Santé publique, le ministère de la Sécurité publique et la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail. Une ligne d'information sans frais offre aussi un point d'entrée unique que les gens peuvent utiliser pour signaler des infractions à la *Loi*. Depuis l'adoption de la *Loi*, le nombre de plaintes a diminué passant de 156 au cours des six premiers mois de l'exercice 2004-2005 à 26 pour l'exercice 2007-2008.

La *Loi sur les ventes de tabac* réglemente la méthode de vente et détermine à qui peuvent être vendus les produits du tabac. Des vérifications de conformité et des achats leurres (vérifications de l'application) continuent d'être effectués pour s'assurer que les produits du tabac ne sont pas vendus aux jeunes âgés de moins de 19 ans. Au total, 1 841 vérifications de conformité ont été effectuées suivies d'achats leurres pour obtenir un taux de conformité d'environ 94 pour cent dans les deux cas. Ces efforts ont mené à trois accusations.

La Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick, un effort collectif entre les organismes non gouvernementaux, les ministères du gouvernement et les régies régionales de la santé, a été lancée en septembre 2001. La coalition a pour but d'officialiser et de consolider les efforts collectifs en ce qui concerne les principaux objectifs de la stratégie antitabac. Puisque ces efforts contribuent directement aux orientations et aux activités stratégiques de la Stratégie du mieux-être annoncée en janvier 2006, le soutien de la coalition est maintenant assuré par la Stratégie du mieux-être. Le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport est maintenant le principal responsable de cette initiative.

Initiatives de prévention et de promotion en santé mentale

Plusieurs programmes gérés ou appuyés par la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sont axés sur les activités de prévention et de promotion. Cela inclut des centres d'activités gérés par les clients situés dans l'ensemble de la province. Ils participent à diverses activités selon les besoins et les intérêts locaux. Ils favorisent l'intégration communautaire en offrant des activités sociales, professionnelles, récréatives et de promotion des droits. Ils aident les gens à devenir plus autonomes vis-à-vis des services officiels en leur offrant un soutien par les pairs, de l'information et de l'entraide. Au cours de l'exercice 2007-2008, les centres d'activités ont reçu 1 695 participants distincts, ce qui représente une diminution de neuf pour cent par rapport à l'exercice financier précédent. De plus, il y a deux clubs, un à Saint John et un à Fredericton, où les clients de la santé mentale travaillent en partenariat avec des professionnels pour offrir des activités professionnelles et préprofessionnelles structurées et valables.

Le volet de la prévention et de la promotion comprend aussi un Programme de gestion du stress en cas d'incident critique ayant pour but d'atténuer le stress traumatique lors d'un événement tragique. En 2007-2008, des équipes régionales de gestion du stress en cas d'incident critique ont fourni des services à 582 personnes. Le personnel des services d'urgence a participé à 60 séances de bilan (25) et de désamorçage (35) sur divers incidents traumatiques comme des accidents mortels de la route, des tentatives de suicide, des suicides, des incendies, des menaces et des agressions.

assaults.
Another initiative is the Suicide Prevention Program. The program's three main components are prevention, intervention, and post-vention. A Provincial Suicide Prevention Committee advises the Addiction and Mental Health Services Division with regard to suicide prevention activities. There are 13 regional suicide prevention committees with representatives from various government departments, non-profit, and private agencies.

The main goal of these regional committees is to educate and promote the well-being of the population through achieving a better understanding of the complexity of suicide. Some activities in place to achieve this goal are:

- Annual suicide prevention awareness month
- Life promotion activities
- Training for suicide intervention and suicide alertness to the general public and professionals
- General suicide awareness presentations and activities in schools and communities at large.

Le Programme de prévention du suicide est une autre initiative. Il comprend trois volets : la prévention, l'intervention et la postvention. Un Comité provincial de prévention du suicide conseille la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale sur les activités de prévention du suicide. La province compte aussi treize comités régionaux de prévention du suicide formés de représentants de divers ministères et organismes à but non lucratif et du secteur privé.

Ces comités régionaux ont pour but surtout de promouvoir le mieux-être de la population au moyen d'une meilleure compréhension de la complexité du suicide. Certaines activités mises en place permettent d'atteindre ce but :

- mois de la prévention du suicide;
- activités mettant en valeur la vie;
- formation en cas d'intervention en matière de suicide et alerte du public et des professionnels à ce sujet;
- présentations et activités générales de sensibilisation à la prévention du suicide dans les écoles et les collectivités en général.

CORE BUSINESS AREA: PROVISION OF CARE

Ambulance Services

The department is responsible to plan, fund, monitor, set standards and provide medical direction for ambulance services. These responsibilities fall within the mandate of a new branch within the department, Health Emergency Management Services. The branch is responsible for managing the contract with a single company to operate ambulance services.

As provided for in the government's Charter for Change, a new integrated, high performance, province wide ambulance services system under one operator was introduced in 2007-08. During the 2007-08 fiscal year, the branch focused on the following:

- finalization of a performance based contract between ANB and NB EMS to operate the provincial ambulance system
- engagement of regional medical oversight physicians to support the provincial medical director in overseeing the clinical and patient care aspects of the ambulance system
- enhancement of paramedic training and state-of-the-art equipment
- addition of on site hours and
- integration of the technologically upgraded air and land dispatch systems

Land Ambulance

A new Part III company, Ambulance New Brunswick (ANB) has been established to deliver ambulance services and to contract with the private sector for management of the new system. A contract has been signed with a subsidiary company of Medavie Blue Cross (MBC), a proven industry expert, for the management of the system. The new company, New Brunswick Emergency Medical Services (NB EMS), will manage the day to day operations of ANB.

Ambulance New Brunswick employs approximately 800 clinical personnel who provide patient care. Currently the system operates with these personnel as well as 125 ambulances in 71 stations.

Ambulances are deployed in response to calls placed over the New Brunswick 9-1-1 system and to transport patients between health care facilities. The total call volume for both 9-1-1 response and inter-hospital transfers has been increasing steadily over the past five years.

SECTEUR D'ACTIVITÉ PRINCIPAL : PRESTATION DE SOINS

Services d'ambulance

Le ministère est chargé de planifier, de financer et de surveiller les services d'ambulance. Il doit aussi veiller à donner une orientation médicale à ces services et à établir des normes. Ces responsabilités s'inscrivent dans le mandat d'une nouvelle direction au sein du ministère, soit Services de gestion des interventions d'urgence. La direction est chargée de gérer le contrat comportant une seule entreprise qui dirige les services d'ambulance.

Comme le prévoit le Pacte pour le changement du gouvernement, en 2007-2008, un nouveau système d'ambulance provincial intégré et de haut rendement dirigé par un seul exploitant a été mis en place. Au cours de l'exercice 2007-2008, la Direction des services d'ambulance s'est concentrée sur les aspects suivants :

- la mise au point d'un contrat axé sur le rendement entre Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB) concernant l'exploitation du système d'ambulance provincial;
- l'embauche de médecins de surveillance médicale régionale pour appuyer le directeur médical provincial chargé de surveiller les aspects de soins cliniques et des soins aux patients du système d'ambulance;
- l'amélioration de la formation des travailleurs paramédicaux et l'achat de matériel à la fine pointe de la technologie;
- l'ajout d'heures sur place;
- l'intégration des systèmes de répartition des ambulances aériennes et terrestres améliorés sur le plan technique.

Ambulance terrestre

Une nouvelle entreprise assujettie à la partie III des Services publics, Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), a été établie pour fournir les services d'ambulance et pour retenir les services, par contrat, du secteur privé afin d'assurer la gestion du nouveau système. Un contrat a été signé avec une filiale en propriété exclusive de Croix Bleue Medavie, spécialiste avéré de l'industrie, pour assurer la gestion du système. La nouvelle entreprise, Services médicaux d'urgence du Nouveau-Brunswick (SMU NB), gérera les activités courantes d'Ambulance Nouveau-Brunswick.

Ambulance Nouveau-Brunswick emploie environ 800 membres du personnel clinique qui prodiguent des soins aux patients. À l'heure actuelle, le système fonctionne avec cet effectif ainsi que 125 ambulances réparties dans 71 stations.

Les ambulances sont réparties en réponse aux appels effectués au service 911 du Nouveau-Brunswick et transportent également des patients entre les établissements de soins de santé. Le nombre total d'appels pour les interventions du 911 et de transferts entre les hôpitaux a augmenté de façon constante au cours des cinq dernières années.

Central Dispatch System

The new centralized ambulance dispatch system, Medical Communication Management Centre (MCMC) is based in Moncton and dispatches all ambulances throughout New Brunswick.

The Medical Communication Management Centre is one of the most technologically advanced dispatch centers of its type capable of providing rapid triaging and coordinated dispatching of ambulances across New Brunswick. Through the use of integrated digital mapping coupled with the enhanced capabilities of the 9-1-1 system, dispatchers are now able to know precisely where the caller is calling from when using a land-line, and are better able to utilize the closest vehicle to respond to an emergency.

Utilizing American Tritech's Computer Aided Dispatching (CAD) system and American Medical Priority Dispatch System triaging software, 9-1-1 calls are processed and dispatched to ambulances within 90 seconds.

Air Ambulance Service

The Air Ambulance Service is designed to achieve four key goals:

1) to augment land ambulance inter-facility transports
2) to perform intra-provincial and inter-provincial critical care transports
3) to return patients from inter-provincial services; and
4) to negate the necessity of relying on external air carriers to perform these functions

The Air Ambulance Service also provides a critical care neo-natal transportation program for babies in need of urgent transportation.

Ambulance Procurement

The ambulance procurement system continues to provide a high quality fleet of vehicles. On an annual basis, the department, through Malley Industries, replaces between 20 and 25 per cent of the land ambulance fleet. In 2007-08, an additional seven ambulance were added to the provincial fleet along with the replacement of 36 units with new ambulances.

Quality Assurance

The Quality Assurance (QA) Unit is responsible for ensuring that Ambulance New Brunswick complies with the *Act*, Regulations and Standards. This unit is also charged with the responsibility of monitoring and working with ANB to ensure compliance with their contractually required performance targets.

The inspection process conducted by the Quality Assurance Unit is designed to ensure the ambulance and all durable and disposable medical equipment comply with the Standards for Ambulance Services in New Brunswick. The Quality Assurance Unit has implement random inspection process of in-service

Système central de répartition

Le système centralisé de répartition des ambulances connu sous le nom de Centre de coordination des transports médicaux (CCTM), situé à Moncton, fait la répartition de tous les services d'ambulance pour l'ensemble du Nouveau-Brunswick.

Sur le plan technologique, le CCTM est l'un des centres de répartition les plus avancés de son genre. Il peut offrir un service de répartition coordonné des ambulances et de triage rapide dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick. Grâce à l'utilisation de la cartographie numérique intégrée, conjuguée aux capacités améliorées du système 911, les répartiteurs peuvent maintenant savoir exactement à partir de quel endroit l'appelant appelle lorsqu'il utilise une ligne terrestre, et ils peuvent également mieux utiliser le véhicule le plus près pour répondre à une urgence.

Grâce au système de répartition assistée par ordinateur d'American Tritech et du logiciel de tri des appels médicaux prioritaires (American Medical Priority Dispatch System), les appels du service 911 sont traités et acheminés en moins de 90 secondes.

Service d'ambulance aérienne

Le service d'ambulance aérienne vise les quatre principaux objectifs suivants :

1) accroître le transport terrestre entre les établissements;
2) assurer le transport entre les provinces et au sein de la province des patients en phase critique;
3) transporter les patients ayant reçu des services dans d'autres provinces;
4) supprimer le besoin de compter sur des transporteurs aériens externes pour exécuter ces fonctions.

Le Service d'ambulance aérienne fournit aussi un programme de transport d'urgence des nouveau-nés ayant besoin de soins critiques.

Achat d'ambulances

Le système d'approvisionnement en ambulances continue de fournir un parc de véhicules de qualité supérieure. Annuellement, le ministère, par l'entremise de Malley Industries, remplace environ 20 à 25 pour cent du parc de véhicules. En 2007-2008, sept nouvelles ambulances ont été ajoutées au parc provincial et 36 véhicules ont été remplacés par de nouvelles ambulances.

Contrôle de la qualité

L'Unité de contrôle de la qualité (AQ) est chargée de s'assurer qu'Ambulance Nouveau-Brunswick respecte toutes les exigences de la *Loi*, des règlements et des normes. L'unité est aussi chargée de surveiller Ambulance Nouveau-Brunswick et de travailler avec elle pour s'assurer qu'elle respecte ses objectifs de rendement stipulés dans son contrat.

L'inspection menée par l'Unité de contrôle de la qualité vise à assurer que l'ambulance et le matériel médical durable et jetable sont conformes aux Normes des services d'ambulance du Nouveau-Brunswick. L'Unité de contrôle de la qualité effectue des inspections randomisées sans préavis des ambulances internes. L'unité, en collaboration avec la

ambulances which are completed un-announced. The unit, working with the Medical Direction structure, perform random audits respecting patient care to ensure protocol compliancy. An administrative inspection is conducted to review compliance with operational policies, paramedic recertification of advanced life support skills, vehicle maintenance, quality assurance reporting etc. All non-compliant issues identified during initial annual inspections are monitored for corrective action through additional follow up inspections.

Paramedic Skill Enhancement

An Advanced Life Support (ALS) initiative was introduced in 2005-06 in order to provide ALS services on every ambulance in the province. The ALS initiative focused on providing paramedics with the skills to treat patients with cardiac, respiratory, and diabetic conditions. In addition, IV initiation, including the administration of fluids and medications, and an advanced airway device have been introduced to enhance the level of care provided. By the end of fiscal 2007-08, approximately 95 per cent of providers have been trained in these advanced skills.

A new MRx defibrillator was introduced during the 2007-08 fiscal period. This state-of-the-art includes Q-CPR technology to improve the quality of CPR being delivered. It has many capabilities, including the transmission of 12-lead ECG information to receiving hospital facilities to be better prepared for cardiac patients. The medical direction structure is planning to introduce this capability in 2009-10.

Primary Health Care

The department recognizes the importance of a strong foundation in primary health care in the development of a self-sufficient and sustainable health care system for New Brunswickers. The Primary Health Care Framework is based on four pillars:

- Teams: teams of health care providers working with individuals to improve care
- Information: information is coordinated between health care providers
- Access: access is provided to the right care at the right time
- Healthy Living: a focus on prevention and self-care to assist New Brunswickers in maintaining wellness through healthy living

A dedicated unit for Primary Health Care within the Addictions and Mental Health Division provides on-going support for the provincial development and implementation of community health centres (CHCs), a collaborative practice site (Gibson Health Clinic) and a primary health care network. The unit is also responsible for providing a professional training model for primary health care providers (Building a

structure de la Direction médicale, effectue des vérifications au hasard des soins au patient pour assurer la conformité au protocole. Une inspection administrative est effectuée pour revoir la conformité aux modalités opérationnelles, la recertification des travailleurs paramédicaux en techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales, l'entretien des véhicules, les rapports d'assurance de la qualité, etc. Tous les cas de non-conformité dépistés pendant les premières inspections annuelles sont vérifiés en vue de la prise de mesures correctrices à l'aide d'autres inspections de suivi.

Accroissement des compétences des travailleurs paramédicaux

L'initiative Techniques spécialisées de maintien des fonctions vitales a été adoptée en 2005-2006 afin que chaque ambulance dans la province soit dotée des services de maintien des fonctions vitales. Cette initiative vise surtout à fournir aux travailleurs paramédicaux les compétences dont ils ont besoin pour traiter les patients atteints de maladies cardiaques, de maladies respiratoires et de diabète. De plus, les techniques de mise en place de l'IV, y compris l'administration de fluides et de médicaments, et de mise en place d'un dispositif aérien spécialisé ont été adoptées pour accroître le niveau de soins dispensés. D'ici la fin de l'exercice 2007-2008, environ 95 pour cent des fournisseurs auront reçu une formation dans ces habiletés avancées.

Un nouveau défibrillateur MRx a été acquis au cours de l'exercice 2007-2008. Cet appareil de pointe comporte la technologie Q-CPR en vue d'améliorer la qualité de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pratiquée. Il est doté de nombreuses fonctionnalités, dont la transmission de l'information de l'ECG à 12 dérivations aux établissements hospitaliers d'accueil afin d'être mieux préparés pour recevoir les patients cardiaques. La structure de la direction médicale prévoit mettre en place cette capacité en 2009-2010.

Soins de santé primaires

Le ministère reconnaît l'importance d'une base solide en matière de soins de santé primaires dans l'établissement d'un système de soins de santé autosuffisant et viable pour les Néo-Brunswickois. Le Cadre de soins de santé primaires est fondé sur quatre piliers :

- Équipes : Les équipes de fournisseurs de soins de santé s'emploient, en collaboration avec d'autres personnes, à améliorer la qualité des soins.
- Information : L'information est coordonnée par les fournisseurs de soins de santé.
- Accès : Le patient a accès aux soins adéquats au bon moment.
- Modes de vie sains : L'accent sur la prévention et l'autogestion de la santé contribuent au maintien du bien-être des Néo-Brunswickois.

Une unité désignée pour les soins de santé primaires a été créée au sein de la Division des services de traitement des dépendances et de santé mentale. L'unité offre un soutien continu à l'établissement et à la mise en œuvre provinciale de centres de santé communautaires (CSC), un lieu d'exercice de la profession en collaboration (clinique de santé Gibson) et un réseau de soins de santé primaires. L'unité est également chargée d'offrir un modèle de formation professionnelle pour

Better Tomorrow) as well as developing and leading the province's Chronic Disease Prevention and Management Strategy, managing the provincial Tele-Care Service and developing a provincial injury prevention framework.

Examples of initiatives undertaken include:

- Established My Choices–My Health, a free support program designed to help individuals develop the skills needed to better manage the daily life challenges of living with chronic mental or physical health conditions. An English Master Trainers training program was offered in the winter of 2007 and workshops are being facilitated across New Brunswick. A similar training in French is planned for the fall of 2008. The goal is to establish a network of leaders throughout the province who will than be actively engaged in offering this workshop to New Brunswickers.
- Establishment of a Diabetes Expert Task Group to provide advice and consultation to the department.

Community Health Centres

There are currently six established community health centres (CHCs) in New Brunswick: Dalhousie, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John and one collaborative practice, the Gibson Health Clinic in Fredericton. The community health centres play an integral role in improving access to primary health care in New Brunswick. CHCs provide locations where people can go for everyday health care needs as well as to learn about healthy living and prevention of illness. There is ongoing activity and progress in each of the community health centres to fully integrate an electronic patient record. Together with the Regional Health Authorities, consistent approaches for cost-effective and efficient information management solutions are being developed.

Community partnership has remained a cornerstone in the operations of community health centres. The citizen groups in all communities that are supported by a CHC assist in facilitating an understanding of the health and wellness issues in their respective communities and in developing solutions that leverage local strengths and resources to create sustainable change.

In the past year, in addition to accommodating unscheduled primary care appointments, the community health centres have provided group services ranging from arthritis self-management classes to diabetic teaching and healthy living initiatives. Although each CHC develops a unique service profile to fit the needs of the community, there is a common "basket of services". Providers in community health centers include physicians, nurse practitioners, nurses, occupational therapists, physiotherapists, social workers, community development workers, respiratory therapists and dieticians as well as addiction and mental health workers. Citizens are able to see the health provider who is best able to address their needs and each

les fournisseurs de soins de santé primaires (Bâtir un avenir meilleur) et d'établir et de diriger la Stratégie provinciale de gestion et de prévention des maladies chroniques, la gestion du service provincial de Télé-Soins et l'élaboration d'un cadre provincial de prévention des blessures.

Voici quelques exemples d'initiatives entreprises :

- Mes choix – Ma santé, un programme de soutien gratuit conçu pour aider les gens à acquérir les habiletés nécessaires afin de mieux gérer les difficultés de tous les jours éprouvées en raison des maladies mentales ou physiques chroniques. Un programme de formation des formateurs principaux a été offert en anglais à l'hiver 2007 et des ateliers sont organisés partout au Nouveau-Brunswick. Une formation similaire est prévue en français à l'automne 2008. Le but est d'établir un réseau d'animateurs couvrant toute la province qui, par la suite, seront activement engagés à donner cet atelier aux Néo-Brunswickois.
- Groupe d'experts sur le diabète qui fournira des avis et des conseils au ministère.

Centres de santé communautaires

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement six centres de santé communautaires (CSC) : Dalhousie, Lamèque, Minto, Doaktown, Riverside-Albert, Saint John et un exercice de la profession en collaboration, la clinique médicale Gibson à Fredericton. Les centres de santé communautaires jouent un rôle intégral dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. Les gens peuvent se rendre à ces centres pour leurs besoins de soins de santé quotidiens et se renseigner sur les modes de vie sains et la prévention des maladies. Chacun de nos centres de santé communautaires connaît des activités continues et des progrès en vue de l'intégration complète du dossier électronique du patient. En collaboration avec les régies régionales de la santé, des approches uniformes pour des solutions de gestion de l'information efficaces et rentables sont en voie d'être élaborées.

Le partenariat communautaire est demeuré une pierre angulaire des activités des centres de santé communautaires. Les groupes de citoyens de toutes les localités qui sont appuyés par les centres de santé communautaires contribuent à la compréhension des questions de santé et de mieux-être dans leurs localités et l'élaboration de solutions reposant sur les forces et les ressources locales, pour assurer des changements viables.

Au cours de la dernière année, en plus d'accepter des rendez-vous de soins primaires non prévus, les centres de santé communautaires ont offert des services de groupe allant des cours d'autogestion de l'arthrite à l'enseignement aux diabétiques et de modes de vie sains. Même si chaque CSC établit un profil de service unique pour répondre aux besoins de la collectivité, un panier commun de services est offert. Plusieurs fournisseurs travaillent au sein des centres de santé communautaires : médecins, infirmières praticiennes, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux, travailleurs de développement communautaire, inhalothérapeutes et diététistes ainsi que travailleurs de la santé mentale et du traitement des dépendances. Les citoyens peuvent voir le fournisseur de soins qui est le plus apte à répondre à leurs besoins et chaque centre de santé

health centre sets up operating hours that best fit with the needs of the community.

Health promotion and disease and injury prevention are integral components of services offered at the CHCs. The best practices of chronic disease prevention and management and client-centered care plans are a foundational principle of the CHCs. As much as possible, services are provided in the community, with all centres including or having access to phlebotomy (blood) and specimen collection services. In total, 38,971 New Brunswickers received care from the six CHCs and one collaborative practice. The following table provides a breakdown of services provided in each facility.

détermine ses heures d'ouverture de façon à mieux répondre aux besoins de la collectivité.

La promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures sont des éléments intégraux des services offerts aux CSC. Les méthodes exemplaires de prévention et de gestion des maladies chroniques et les plans de soins axés sur le client sont un principe de base des CSC. Dans la mesure du possible, les services sont dispensés dans la collectivité, tous les centres ayant accès à des services de phlébotomie (sang) et de prélèvements. Au total, 38 971 Néo-Brunswickois ont reçu des soins des six CSC et d'une pratique en collaboration. Le tableau suivant offre une répartition des services dispensés dans chaque établissement.

CHC 2007-08

Region	Facility	Clients Served	Attendance Days	Telephone Contacts	Visits(1)	Total Activity(2)
RHA 1SE	**Albert CHC**	1,568	1,299	0	12,503	13,802
RHA 2	**St. Joseph's CHC**	6,685	8,895	1,829	29,716	40,440
	Queens North CHC	5,129	3,343	375	20,270	23,988
RHA 3	**Central Miramichi CHC**	4,123	1,377	197	29,954	31,528
	Gibson Clinic Collaborative Practice	5,111	0	0	38,258	38,258
RHA 5	**St. Joseph CHC**	9,330	0	0	36,937	36,937
RHA 6	**CSC de Lamèque**	7,025	3,757	1,131	45,195	50,083
	Totals	**38,971**	**18,671**	**3,532**	**212,833**	**235,036**

Notes:
(1) **Visits** include visits to Nurses, Nurse Practitioner and Physician
(2) **Total Activity** includes **Attendance Days, Telephone Contacts** and **Visits OTE**

CSC 2007-2008

Région	Établissement	Clients desservis	Jours de présence	Contacts par téléphone	Visites (1)	Activité (2) totale
RRS 1SE	**CSC d'Albert**	1 568	1 299	0	12 503	13 802
RRS 2	**CSC de St. Joseph**	6 685	8 895	1 829	29 716	40 440
	CSC de Queens Nord	5 129	3 343	375	20 270	23 988
RRS 3	**CSC de Miramichi centre**	4 123	1 377	197	29 954	31 528
	Clinique Gibson – exercice en collaboration	5 111	0	0	38 258	38 258
RRS 5	**CSC St. Joseph**	9 330	0	0	36 937	36 937
RRS 6	**CSC de Lamèque**	7 025	3 757	1 131	45 195	50 083
	Totaux	**38 971**	**18 671**	**3 532**	**212 833**	**235 036**

Notes
(1) **Visites** comprennent les visites aux infirmières, à l'infirmière praticienne et au médecin
(2) **Activité totale** comprend les **jours de présence, les contacts par téléphone** et **les visites**

Tele-Care and Health-Related Information Lines

Tele-Care addresses the need to explore alternative delivery models to improve accessibility to appropriate services and to promote self-care. The actual service provider, Clinidata Inc., employs nurses who are experienced in acute, emergency and/or ambulatory care settings to serve callers to the service. Tele-Care nurses use standardized clinical guidelines, accessible through computer software, to rapidly identify callers' needs, triage symptoms, and to provide health advice, information, and referral if necessary.

A Tele-Care Advisory Committee with representation from each of New Brunswick's eight Regional Health Authorities meets regularly, monitors the impact of Tele-Care and provides advice to the department. Furthermore, a Tele-Care Data Quality Committee with representation from the Department of Health (Tele-Care program manager, Information Services, Accountability and Health Information Management) and Clinidata, ensures the maintenance of high quality data for the Tele-Care services.

Tele-Care and Health-Related Information Lines began in January 1995 as a two-year pilot project in Region 1. In February 1997, the program went province-wide under the day-to-day management of Clinidata Corp. in Moncton. Tele-Care, including symptom triage and the poison information line, has been available in both languages, toll-free, province-wide, 24 hours a day, seven days a week, since February 1997. Tele-Care added a rabies information line in September 1998, West Nile virus information line in May 2001 and the Tele-Library audiotape service in April 2003. The gambling information line was transferred from Regional Addiction Services in April 2003. In May 2004, the organ and tissue donor screening line for health care professionals was launched. In December 2005, the sexually transmitted infections information line was added. In July 2006, an avian influenza component was added to the West Nile virus information line. This line is now called the West Nile virus/avian influenza information line. In February 2008, the patient information line – pathology review line was added. There were a total of 90,509 serviced calls related to all the information lines, processed between April 1, 2007 and March 31, 2008.

Hospital Services

The Hospital Services Branch is responsible for ensuring the availability of appropriate, quality hospital services for the residents of New Brunswick. This includes responsibility for:

- the Hospital System Master Plan
- approval of new or enhanced hospital services
- development and maintenance of hospital program standards funding and monitoring of the operational needs of the eight Regional Health Authorities

Télé-Soins et lignes d'information liées à la santé

Télé-Soins répond au besoin d'explorer d'autres modèles de prestation pour accroître l'accessibilité des services appropriés afin de promouvoir les soins autoadministrés. Le fournisseur de services, Clinidata Inc., compte à son service des infirmières qui possèdent de l'expérience dans des milieux de soins ambulatoires, actifs et d'urgence pour répondre aux appelants. Les infirmières de Télé-Soins utilisent des lignes directrices cliniques normalisées, accessibles à l'aide d'un logiciel, pour déterminer rapidement les besoins de l'appelant, et les symptômes de triage et pour fournir des conseils, de l'information en matière de santé et diriger l'appelant vers un autre service au besoin.

Un comité consultatif de Télé-Soins composé de représentants de chacune des huit régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick se réunit régulièrement, vérifie l'impact de Télé-Soins et offre des conseils au ministère. De plus, un comité sur la qualité des données de Télé-Soins comptant des représentants du ministère de la Santé (gestionnaire du programme de Télé-Soins, services d'information, responsabilisation et gestion de l'information sur la santé) et de Clinidata, assurent la tenue de données de haute qualité pour les services de Télé-Soins.

Les lignes de Télé-Soins et les lignes d'information liées à la santé sont entrées en service en janvier 1995 à titre de projet pilote de deux ans dans la région 1. En février 1997, le programme a été étendu à l'ensemble de la province sous la gestion quotidienne de Clinidata Corp. à Moncton. Les services de Télé-Soins, y compris le triage des symptômes et la ligne d'information antipoison, sont disponibles dans les deux langues officielles, sans frais, dans toute la province, vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine, depuis février 1997. Une ligne d'information sur la rage, une ligne d'information sur le virus du Nil occidental et le service de ruban audio télé-bibliothèque ont été ajoutés à Télé-Soins en septembre 1998, en mai 2001 et en avril 2003 respectivement. La ligne d'information sur le jeu a été transférée des Services de traitement des dépendances régionaux en avril 2003. En mai 2004, la ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus pour les professionnels des soins de santé a été lancée. En décembre 2005, la ligne d'information sur les infections transmises sexuellement a été ajoutée. En juillet 2006, un volet de la grippe aviaire a été ajouté à la ligne d'information sur le virus du Nil occidental. C'est maintenant la ligne d'information sur le virus du Nil occidental ou la grippe aviaire. En février 2008, la ligne d'information à l'intention des patients – examen de la pathologie a été ajoutée. Au total, 90 509 appels de service liés aux lignes d'information ont été traités entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2008.

Services hospitaliers

La Direction des services hospitaliers est chargée de veiller à ce que la population néo-brunswickoise dispose de services hospitaliers adéquats et de qualité. Ses responsabilités comprennent :

- le Plan directeur du système hospitalier;
- l'approbation de nouveaux services hospitaliers ou de services améliorés;
- l'élaboration et la mise à jour des normes relatives aux programmes hospitaliers, et le financement et la surveillance des besoins opérationnels des huit régies régionales de la santé.

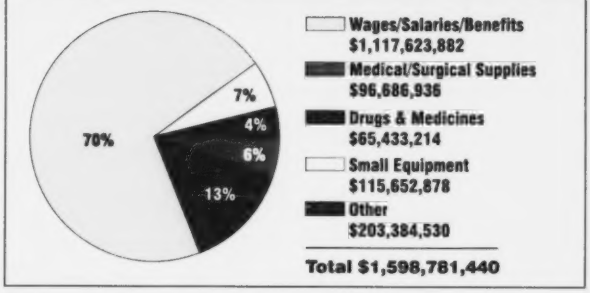
Acute or hospital care is comprised of primary, secondary and tertiary care services delivered by the eight Regional Health Authorities. Services are delivered in 51 facilities throughout the province. Hospital services generally include the following patient services which will vary according to the size of the facility and mandate: acute in-patient services, surgery, restorative/extended care services, outpatient ambulatory care, emergency services, laboratory medicine, diagnostic imaging and other diagnostic and therapeutic services. The Hospital Facilities – Assorted Data Table reports on key elements of hospital utilization, notably the use of in-patient, surgical and ambulatory services in the province.

Hospital Services are delivered in collaboration with other health care services within the region and inter-regionally, and function as an integral component of health care.

A provincial trauma system advisory committee was established to oversee the design and development of an integrated provincial trauma system for New Brunswick.

Total hospital related expenditures incurred by Regional Health Authorities for 2007-08 were almost $1.6 billion. The following table depicts the overall distribution of expenditures relative to compensation, medical and surgical supplies, drugs, small equipment and other.

Distribution of RHA expenditures 2007-08



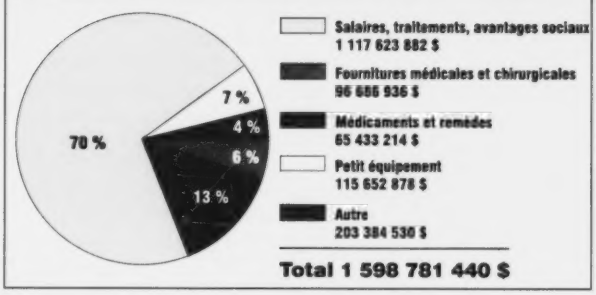
Les soins actifs ou hospitaliers englobent les services de soins primaires, secondaires et tertiaires dispensés par les huit régies régionales de la santé. Les services sont dispensés par 51 établissements dans la province. Les services hospitaliers comprennent habituellement les services de soins aux patients suivants, qui peuvent varier selon la taille de l'établissement et son mandat : les soins actifs aux hospitalisés, les services de chirurgie, les services de soins de rétablissement ou de soins prolongés, les soins ambulatoires en clinique externe, les services d'urgence, la médecine de laboratoire, l'imagerie diagnostique ainsi que d'autres services de diagnostic ou thérapeutiques. Le tableau « Établissements hospitaliers – données variées » présente les éléments clés de l'utilisation des ressources hospitalières, notamment l'utilisation des services aux hospitalisés ainsi que les services chirurgicaux et ambulatoires dans la province.

Les services hospitaliers sont offerts conjointement avec d'autres services de soins de santé dans la région et entre les régions et sont une partie intégrante des soins de santé.

Un comité consultatif sur le réseau provincial de traumatologie a été mis sur pied pour superviser la conception et l'établissement d'un réseau provincial intégré de traumatologie pour le Nouveau-Brunswick.

Les dépenses totales des soins hospitaliers engagées par les régies régionales de la santé en 2007-2008 se sont chiffrées à presque 1,6 milliard de dollars. Le tableau suivant présente la répartition globale des dépenses relatives à la rémunération, aux fournitures médicales et chirurgicales, aux médicaments, aux petits équipements et autres.

Répartition des dépenses des RRS 2007-2008



Hospital Facilities - assorted data

Hospital Facilities	Post Audit 2005-06	Post Audit 2006-07	Preliminary Data 2007-08
Staffing			
Staff (FTEs) – Includes Acute Hospitals, Tertiary Rehab and Hospital Satellite Locations	14,357	14,633	15,198
Hospital Inpatient Separations			
Separations[8]	102,196	100,465	97,340
Number of Separations/1,000 Population	135.9	133.6	129.4
Total Length of Stay	951,550	973,061	932,641
Average Number of Days per Hospital Stay	9.3	9.7	9.6
Number of In-Hospital Deaths[10]	3,739	3,880	3,604
Surgical Episodes			
Surgical Episodes[1] - Inpatients	28,318	27,082	24,590
Surgical Episodes[1] - Day Surgery	43,957	44,122	41,796
Total Surgical Episodes	72,275	71,204	66,386
Percent of Surgical Episodes - Inpatient	39.2%	38.0%	37.0%
Percent of Surgical Episodes - Day Surgery	60.8%	62.0%	63.0%
Obstetrics			
Number of Deliveries	6,882	6,966	7,254
Number of Deliveries/1,000 Population[9]	9.2	9.3	9.6
Bed Occupancy			
Maximum Number of Beds in Operation[2, 3, 4]	2,606	2,606	2,624
Actual Beds in Operation on April 1st Reported by RHAs[2, 3]	2,576	2,549	2,565
Average Daily Census[2, 3]	2,182	2,264	2,374
Average Occupancy per Day[2, 3]	84.7%	88.8%	92.6%
Average Number of Beds Occupied per Day/1,000 Population[9]	2.9	3.0	3.2
Emergency Room Visits			
Emergency Room Visits[5]	668,666	653,802	641,981
Number of ER Visits/1,000 Population[9]	889.2	869.4	853.7
Ambulatory Visits			
Outpatients Clinic Visits	661,969	649,823	689,562
Dialysis Visits	70,250	75,762	82,385
Oncology Clinic Visits	51,082	47,787	66,423
Number of Ambulatory Clinic Visits/1,000 Population[9]	880.3	864.1	917.0
Diagnostic Tests			
Laboratory Procedures (number of tests performed)[6]	16,589,008	17,060,257	17,674,239
Laboratory Procedures – Inpatient	3,538,419	3,563,965	3,660,799
Laboratory Procedures – Outpatient	13,050,589	13,496,292	14,013,440
Percent of Laboratory Procedures - Inpatient	21%	21%	21%
Percent of Laboratory Procedures - Outpatient	79%	79%	79%
Diagnostic Imaging - Total Exams/Procedures[7]	1,180,981	1,185,114	1,190,571
CT (computerized tomography) Scan Exams	120,377	132,664	138,005
MRI (magnetic resonance imaging) Exams	28,096	28,601	27,789
Cardiac Cauterization Exams	3,422	3,773	3,769

1. Surgical Episodes - all surgical episodes performed in the main operating room plus cesarean sections & cataract surgery performed in ambulatory care at the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital.
2. Includes acute, rehab and chronic beds. Excludes bassinets, VAC, addictions and psychiatric facilities (Centracare, Restigouche Hospital Centre) and inpatients located in ER.
3. Includes 2 palliative beds at Queens North Health Complex that are operated by the W G Bishop Nursing Home on behalf of RHA 3.
4. Maximum beds in Operation reflect the number with Upper River Valley Hospital open.
5. Emergency Room visits exclude scheduled clinic visits conducted in ER.
6. Laboratory Procedures includes those exams referred-in to the RHA from other sources but excludes those procedures that are referred-out to an external source.
7. Diagnostic Imaging exams excludes exams performed in RHA 2 Cardiac Cathertization Lab.
8. Separations - includes acute, chronic, general and tertiary rehab care, VAC and psychiatric facilities.
9. Population - 2005 population estimates prepared by Statistics Canada in March 2006.
10. Includes deaths of patients who may have been non-residents of the Province of New Brunswick because they were hospitalized in one of our facilities. Excludes stillborns and patients who died in any ambulatory care setting.

Établissements hospitaliers – Données variées

Établissements hospitaliers	Postvérification 2005-2006	Postvérification 2006-2007	Données préliminaires 2007-2008
Dotation en personnel			
Personnel (ETP) – comprends hôpitaux de soins actifs, réadaptation tertiaire et hôpitaux satellites	14 357	14 633	15 198
Congés de l'hôpital des patients hospitalisés			
Congés de l'hôpital[8]	102 196	100 465	97 340
Nombre de congés pour 1 000 habitants	135,9	133,6	129,4
Durée totale du séjour à l'hôpital	951 550	973 061	932 641
Nombre moyen de jours par séjour à l'hôpital	9,3	9,7	9,6
Nombre de décès à l'hôpital[10]	3 739	3 880	3 604
Interventions chirurgicales			
Interventions chirurgicales[1] – Patients hospitalisés	28 318	27 082	24 590
Interventions chirurgicales[1] – Chirurgie d'un jour	43 957	44 122	41 796
Nombre total d'interventions chirurgicales	72 275	71 204	66 386
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	39,2 %	38,0 %	37,0 %
Pourcentage d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	60,8 %	62,0 %	63,0 %
Obstétrique			
Nombre d'accouchements	6 882	6 966	7 254
Nombre d'accouchements pour 1 000 habitants[9]	9,2	9,3	9,6
Occupation des lits			
Nombre maximal de lits disponibles[2, 3, 4]	2 606	2 606	2 624
Nombre de lits utilisés le 1er avril selon les RRS[2, 3]	2 576	2 549	2 565
Recensement quotidien moyen[2, 3]	2 182	2 264	2 374
Occupation moyenne par jour[2, 3]	84,7 %	88,8 %	92,6 %
Nombre moyen de lits occupés par jour pour 1 000 habitants[9]	2,9	3,0	3,2
Nombre de visites en salle d'urgence			
Nombre de visites en salle d'urgence[5]	668 666	653 802	641 981
Nombre de visites en salle d'urgence pour 1 000 habitants[9]	889,2	869,4	853,7
Nombre de visites en soins ambulatoires			
Nombre de visites à la clinique externe	661 969	649 823	689 562
Nombre de visites au service de dialyse	70 250	75 762	82 385
Nombre de visites à la clinique d'oncologie	51 082	47 787	66 423
Nombre de visites en soins ambulatoires pour 1 000 habitants[9]	880,3	864,1	917,0
Tests de diagnostic			
Applications de laboratoire (nombre de tests effectués)[6]	16 589 008	17 060 257	17 674 239
Applications de laboratoire – Patients hospitalisés	3 538 419	3 563 965	3 660 799
Applications de laboratoire – Patients externes	13 050 589	13 496 292	14 013 440
Pourcentage d'applications de laboratoire – Patients hospitalisés	21 %	21 %	21 %
Pourcentage d'applications de laboratoire – Patients externes	79 %	79 %	79 %
Imagerie diagnostique – Total des examens/interventions[7]	1 180 981	1 185 114	1 190 571
Examens par tomodensitogramme (tomographie par ordinateur)	120 377	132 664	138 005
Examens par IRM (imagerie par résonance magnétique)	28 096	28 601	27 789
Examens par cathétérisme cardiaque	3 422	3 773	3 769

1. Interventions chirurgicales effectuées dans le bloc opératoire principal, y compris les césariennes et la chirurgie de la cataracte effectuée en soins ambulatoires à l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont.
2. Comprends lits pour soins actifs, réadaptation et malades chroniques. Exclut les berceaux, ACC, établissements psychiatriques (Centracare, Centre hospitalier Restigouche) et centres de traitement des dépendances et patients hospitalisés en salle d'urgence.
3. Comprends deux lits pour soins palliatifs au Complexe Queens North Health utilisés par le foyer de soins W. G. Bishop au nom de la RRS 3.
4. Le nombre maximal de lits disponibles reflète le nombre disponible avec l'ouverture de l'hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean.
5. Les visites en salle d'urgence excluent les visites prévues aux cliniques tenues en salle d'urgence.
6. Les applications de laboratoire incluent les examens aiguillés à la régie régionale de la santé par d'autres sources, mais excluent les applications aiguillées vers une source externe.
7. Les examens par imagerie diagnostique ne comprennent pas les examens effectués par le laboratoire de cathétérisme cardiaque de la régie régionale de la santé 2.
8. Congés de l'hôpital – comprend les soins de réadaptation immédiats, chroniques, les établissements d'ACC et psychiatriques.
9. Population – Estimations de 2005 préparées par Statistique Canada en mars 2006.
10. Inclus les décès de patients qui étaient peut-être des non-résidents de la province du Nouveau-Brunswick et qui étaient hospitalisés dans un de nos établissements. Exclut les bébés mort-nés et les patients qui sont décédés dans un milieu de soins ambulatoires.

10 Most Frequent Diagnosis for Admissions

Fiscal Year 2007/08	Top 10 Most Responsible Diagnoses - Inpatients	Total Cases	Total Hospital Days	Average Length of Stay
1	Live born infants	**5,367**	12,404	**2.3**
2	Chronic obstructive lung disease	**3,027**	29,205	**9.6**
3	Acute myocardial infarction	**2,503**	12,662	**5.1**
4	Other medical care (e.g. palliative care, admitted for chemotherapy)	**2,392**	50,451	**21.1**
5	Chest pain	**2,172**	5,769	**2.7**
6	Heart failure	**1,822**	24,026	**13.2**
7	Pneumonia	**1,631**	12,624	**7.7**
8	Perineal laceration during delivery	**1,490**	3,506	**2.4**
9	Angina pectoris	**1,403**	6,900	**4.9**
10	Care involving use of rehabilitation procedures	**1,323**	59,308	**44.8**
		23,130		
	Percentage of Total Separations	**24%**		

Dix diagnostics les plus fréquents entraînant une admission

Année financière 2007-2008	Dix principaux diagnostics entraînant l'hospitalisation d'un patient	N^bre^ total de cas	Nombre total de jours d'hospitalisation	Durée moyenne du séjour
1	Nourrissons nés vivants	**5 367**	12 404	**2,3**
2	Bronchopneumopathie chronique obstructive	**3 027**	29 205	**9,6**
3	Infarctus aigu du myocarde	**2 503**	12 662	**5,1**
4	Autres soins médicaux (p. ex. soins palliatifs, admis à des fins de chimiothérapie)	**2 392**	50 451	**21,1**
5	Douleur thoracique	**2 172**	5 769	**2,7**
6	Insuffisance cardiaque	**1 822**	24 026	**13,2**
7	Pneumonie	**1 631**	12 624	**7,7**
8	Lacération du périnée durant l'accouchement	**1 490**	3 506	**2,4**
9	Angine de poitrine	**1 403**	6 900	**4,9**
10	Soins nécessitant des processus de réadaptation	**1 323**	59 308	**44,8**
		23 130		
	Pourcentage du total de congés de l'hôpital	**24 %**		

10 Most Frequent Surgeries for Admitted Patients

Fiscal Year 2007/08	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Cesarean sections	**2,052**
2	Excision total, uterus (hysterectomy)	**1,219**
3	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	**1,215**
4	Implantation of prosthesis - knee joint (knee replacement)	**1,086**
5	Implantation of prosthesis - hip joint (hip replacement)	**985**
6	Excision total, appendix (appendectomy)	**720**
7	Excision partial, prostate (prostatectomy)	**708**
8	Excision total, tonsils and adenoids (tonsillectomy & adenoidectomy)	**690**
9	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia)	**662**
10	Bypass, coronary arteries (CABG)	**462**
		9,799
	Percentage of Total Surgical Episodes – In-patients	**40%**

Dix chirurgies les plus fréquentes pour les patients admis

Année financière 2007-2008	Dix principales interventions chirurgicales - Patients hospitalisés	Nbre total de cas
1	Césarienne	*2 052*
2	Excision totale, utérus (hystérectomie)	*1 219*
3	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*1 215*
4	Implant d'une prothèse – articulation du genou (arthroplastie du genou)	*1 086*
5	Implant d'une prothèse – articulation de la hanche (arthroplastie de la hanche)	*985*
6	Excision totale, appendice (appendicectomie)	*720*
7	Excision partielle, prostate (prostatectomie)	*708*
8	Excision totale, amygdales et adénoïdes (amygdalectomie et adénoïdectomie)	*690*
9	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (hernie)	*662*
10	Pontage aortocoronarien, artères coronariennes (PASP)	*462*
		9 799
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Patients hospitalisés	*40 %*

10 Most Frequent Surgeries in Day Surgery

Fiscal Year 2007/08	Top 10 Surgical Episodes - Inpatients	Total Cases
1	Excision total, lens (cataract surgery)	*8,115*
2	Inspection bladder (cystoscopy)	*3,660*
3	Repair, muscles of the chest and abdomen (hernia repair)	*1,939*
4	Implantation of tubes - tympanic membrane	*1,084*
5	Repair, knee joint	*1,053*
6	Release, nerve(s) of forearm & wrist (carpal tunnel)	*904*
7	Excision total, gallbladder (cholecystectomy)	*904*
8	Excision partial, breast	*824*
9	Excision partial, uterus (dilation & curettage)	*793*
10	Restoration, tooth	*753*
		20,029
	Percentage of Total Surgical Episodes - Day surgery	*48%*

Dix chirurgies les plus fréquentes – Chirurgie d'un jour

Année financière 2007-2008	Dix principales interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	Nbre total de cas
1	Excision totale, cristallin (chirurgie de la cataracte)	*8 115*
2	Examen de la vessie (cystoscopie)	*3 660*
3	Réparation, muscles de la cage thoracique et de l'abdomen (réparation d'une hernie)	*1 939*
4	Insertion de tubes – membrane tympanique	*1 084*
5	Arthroplastie – genou	*1 053*
6	Libération, nerf ou nerfs de l'avant bras et du poignet (canal carpien)	*904*
7	Excision totale, vésicule biliaire (cholécystectomie)	*904*
8	Excision partielle – sein	*824*
9	Excision totale, utérus (dilatation et curetage)	*793*
10	Restauration – dent	*753*
		20 029
	Pourcentage du nombre total d'interventions chirurgicales – Chirurgie d'un jour	*48 %*

Cardiac Care Program

During 2007-08, the provincial Cardiac Services Advisory Committee continued to fulfil its role, reviewing and advising on issues related to program development, quality improvement, access and efficiency of service delivery. Highlights include:

- Continuing to follow the recommendations from the 2004 External Review, an Electrophysiologist was recruited and commenced providing that service in Saint John. Formerly, patients had to travel out of province for these procedures.
- Funding to enhance cardiac rehabilitation in New Brunswick was provided to all Regional Health Authorities.
- A new, bilingual, Chief of Cardiac Surgery commenced during this year, bringing with him expertise in less invasive techniques. Many surgical patients who would formerly travel out of province have been repatriated to the NB Heart Centre.
- Regular monitoring of both inpatient and outpatient wait times for Cardiac Catheterization has continued. Since the third lab became functional, that service constantly exceeds the benchmarks set by the Canadian Cardiovascular Society.
- A small working group has developed a plan to address the Burden of Cardiovascular Disease in New Brunswick, including a business case for an Integrated Cardiovascular Surveillance System.
- Improvements to bilingual service provision at the NB Heart Centre, for both inpatients and outpatients continues to be a top priority.

Mobile Lithotripsy Services

Lithotripsy is an effective non-surgical procedure to disintegrate renal calculi (kidney stones). It may be used as a preventive measure as well as an urgent intervention. Providing timely intervention with lithotripsy when renal calculi are first diagnosed can prevent visits to the emergency room and more invasive and costly surgical procedures.

A mobile lithotripsy service has operated in New Brunswick since 1994. The equipment and technical support is provided by a third party private contractor. Continuing this partnership, this treatment is now provided by urologists in all eight Regional Health Authorities.

Dialysis Services

Construction began at the Miramichi dialysis satellite unit in order to double the capacity. Completion is expected by fall of 2008.

Programme de soins cardiaques

En 2007-2008, le Comité consultatif provincial sur les services cardiaques a continué d'exercer son rôle, examinant les enjeux relatifs à l'élaboration des programmes, à l'amélioration de la qualité, à l'accès et à l'efficacité de la prestation des services. Voici les faits saillants :

- Dans la foulée des recommandations de l'Examen externe de 2004, un électrophysiologiste a été embauché et a commencé à prodiguer ce service à Saint John. Auparavant, les patients devaient se rendre à l'extérieur de la province pour subir ces interventions.
- Le financement pour améliorer la réadaptation cardiaque au Nouveau-Brunswick a été offert à toutes les régies régionales de la santé.
- Un nouveau chef bilingue en chirurgie cardiaque est entré en fonction cette année, apportant son expertise dans des techniques moins effractives. De nombreux patients qui devaient subir une intervention chirurgicale et devaient voyager auparavant à l'extérieur de la province ont été rapatriés au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick.
- On a continué à surveiller régulièrement les délais d'attente pour ce qui est du cathétérisme cardiaque chez les patients hospitalisés et les patients en clinique externe. Depuis que le troisième laboratoire est devenu fonctionnel, ce service dépasse constamment les indices de référence établis par la Société canadienne de cardiologie.
- Un petit groupe de travail a dressé un plan pour traiter du Fardeau de la maladie cardiovasculaire au Nouveau-Brunswick, dont une analyse de rentabilisation visant la mise en œuvre d'un système intégré de surveillance cardiovasculaire.
- Des améliorations à la prestation de services bilingues au Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick, tant pour les patients hospitalisés que pour les patients des services ambulatoires, continuent d'être une priorité absolue.

Services mobiles de lithotritie

La lithotritie est une intervention non chirurgicale efficace qui consiste à désintégrer les calculs rénaux (pierres). Elle peut être utilisée comme mesure préventive ou intervention d'urgence. Lorsque l'intervention est effectuée à temps au moment du premier diagnostic de calculs rénaux, le patient peut éviter de visiter la salle d'urgence ainsi que des interventions chirurgicales plus coûteuses et plus effractives.

Un service mobile de lithotritie est offert au Nouveau-Brunswick depuis 1994. L'équipement et le soutien technique sont offerts par une entreprise privée tierce partie. En continuant ce partenariat, ce traitement est maintenant offert par les urologues dans les huit régies régionales de la santé.

Services de dialyse

Les travaux de construction ont commencé à l'unité satellite de dialyse de Miramichi afin de doubler la capacité. On s'attend à ce qu'ils soient terminés pour l'automne 2008.

Provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service

Since 2005-06, a provincial Phenylketonuria (PKU) Case Management Service Team is in place at the Dr. Georges-L.-Dumont Regional Hospital in Moncton. Up to the fall of 2005, New Brunswick residents who had this condition were followed by a team in Nova Scotia.

PKU is an inborn error of metabolism which prevents the appropriate metabolism of a specific amino acid, one of protein's building blocks, and leads to severe neurological disorders such as delayed brain development. A strict diet from birth will prevent irreversible brain damage.

The multidisciplinary team at the Dumont Hospital provides comprehensive and consistent province wide, day-to-day treatment to all PKU clients. Besides providing services out of Dumont Hospital and at regional outreach clinics, this on-going care involves telephone counseling and home visitation as necessary.

The multidisciplinary team consists of two pediatricians, a family physician, a dietitian, a nurse, a psychologist, a social worker, a program coordinator and administrative support staff. An endocrinologist and a gynecologist also provide consultation as needed.

Two annual picnics were organized to increase communication between the PKU families and to foster a sense of "belonging". A newsletter with information for PKU families is now published twice a year. In 2007-08 the PKU team worked collaboratively with the IWK laboratory to improve the turnaround time for blood analysis in order to facilitate treatment and improve outcomes. A half-day information session on PKU was given to Social Development staff in March 2008 to ensure all provincial consultants and their staffs are well versed on the PKU situation in New Brunswick. The ultimate goal is that all families with PKU receive the appropriate and necessary support in the community.

Eighty-five New Brunswick residents have been diagnosed with PKU. A number of older adults were previously untreated or late-treated, and others have abandoned treatment.

Surgical Access Management

The principles of surgical access management are fairness, appropriateness and certainty with the goal of ensuring New Brunswickers have timely access to surgical services.

New Brunswick Surgical Care Network

A surgical care network was developed in 2005 to monitor and make recommendations regarding the surgical access management initiatives. The three committees of the New Brunswick Surgical Care Network (NBSCN) continue to work toward improving surgical access.

Service provincial de gestion de la phénylcétonurie (PCU)

Depuis 2005-2006, un nouveau service de gestion provincial de la phénylcétonurie (PCU) est en place à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton. Jusqu'à l'automne 2005, les résidents du Nouveau-Brunswick touchés par cette affection étaient suivis par une équipe en Nouvelle-Écosse.

La PCU est une erreur innée du métabolisme qui empêche la métabolisation appropriée d'un acide aminé précis, un des éléments constitutifs de la protéine, entraînant des troubles neurologiques graves, comme un retard de développement du cerveau. Un régime alimentaire strict dès la naissance préviendra des dommages irréversibles au cerveau.

L'équipe multidisciplinaire de l'hôpital Dr-Georges-L.-Dumont offre un traitement quotidien complet et continu à l'échelle provinciale à tous les patients atteints de la PCU. Outre les services à l'hôpital et dans les cliniques régionales, ces soins continus comprennent les visites à domicile et le counseling par téléphone au besoin.

L'équipe multidisciplinaire en place se compose de deux pédiatres, d'un médecin de famille, d'un diététiste, d'une infirmière, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un coordonnateur de programme et du personnel de soutien administratif. Un endocrinologue et un gynécologue offrent également des services de consultation au besoin.

Deux pique-niques annuels ont été organisés en vue d'accroître la communication entre les familles touchées par la PCU et de susciter un sentiment d'appartenance. Un bulletin d'information à l'intention des familles touchées par la PCU est maintenant publié deux fois par année. En 2007-2008, l'équipe de la PCU a travaillé en collaboration avec le laboratoire IWK afin de raccourcir le délai d'exécution des analyses de sang pour ainsi faciliter le traitement et améliorer les résultats. Une séance d'information d'une demi-journée sur la PCU a été offerte au personnel du ministère du Développement social en mars 2008 pour s'assurer que tous les consultants provinciaux et leur personnel connaissent bien la situation de la PCU au Nouveau-Brunswick. L'objectif ultime est que toutes les familles touchées par la PCU reçoivent le soutien approprié et nécessaire dans la collectivité.

Quatre-vingt-cinq résidents du Nouveau-Brunswick ont reçu le diagnostic de la PCU. Des adultes plus âgés n'étaient pas traités auparavant ou ont été traités tardivement et d'autres ont abandonné le traitement.

Gestion de l'accès aux services de chirurgie

Les principes de la gestion de l'accès aux services de chirurgie sont l'équité, la pertinence et la certitude dans l'objectif d'assurer à la population du Nouveau-Brunswick l'accès opportun à des services de chirurgie.

Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick

Un réseau d'accès aux soins chirurgicaux a été mis en place en 2005 afin de surveiller les initiatives de gestion de l'accès aux services de chirurgie et de faire des recommandations. Les trois comités du Réseau des soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick (RSCNB) continuent de travailler en vue d'améliorer l'accès chirurgical.

Surgical Access Management Initiatives
There are many initiatives underway in the province to facilitate timely access to surgery.

Surgery Operational Review
An operational review of the 16 sites that offer scheduled surgery in New Brunswick took place between March and June 2006. During that review best practices were identified as well as areas of improvement. Some of the areas included in the recommendations were resources, both human and equipment; process improvements; and cost management. The consultants who performed the surgery operational review are working with administration, staff, surgeons and anaesthesiologists to assist them in implementing the recommendations.

New Brunswick Surgical Care Network Public Web page
The web page, which was launched in 2006, can be found at www.gnb.ca/health. There is wait time information, questions to ask your doctor, frequently asked questions and answers, as well as names and locations of surgical specialists. The goal of the web page is to help New Brunswickers understand the complexity of surgical wait times and to be able to make informed decisions about their own care.

In July 2008 aggregate data from the provincial surgical patient registry will be available on the web page. The wait time data will then be updated quarterly.

Review of Surgery Performed On an In-patient And / Or Ambulatory Basis
The Regional Health Authorities continue to work toward increasing their volume of surgery performed on an ambulatory basis. The goal is to move toward best practice, which is to do 70 per cent of surgical procedures in ambulatory surgery.

Pre-Surgical Screening
A standardized approach for pre-surgical screening was developed by representatives from anaesthesiology, surgery and pre-surgical screening clinics. The new approach was piloted in three hospitals in Regional Health Authority 2 at the Saint John Regional Hospital, St. Joseph's Hospital and the Sussex Health Centre. The pilot took place from November 2007 to January 2008. The hospitals in Regional Health Authority 1 Beauséjour and Regional Health Authority 1 South-East incorporated the new approach for their pre surgical screening clinics in March 2008. The remainder of the hospitals will commence the new approach throughout 2008.

The goal is to screen 100 per cent of patients who are scheduled for surgery. Each patient will complete a pre-surgical screening patient questionnaire at the surgeon's office. The answers to the questions plus other health care information will facilitate determining if the patient can be screened for surgery via a telephone call with a nurse or if they need to come to the pre surgical screening clinic. The type of diagnostic and laboratory testing required is based on the patient's health. Teaching will be provided based on the patient's needs.

Initiatives de gestion de l'accès aux services de chirurgie
Plusieurs initiatives sont en cours dans la province afin de faciliter l'accès opportun à la chirurgie.

Examen des activités de chirurgie
Un examen des activités a été entamé entre mars et juin 2006 dans seize établissements offrant le service de chirurgie prévu au Nouveau-Brunswick. Au cours de cet examen, on a établi les meilleures pratiques et précisé les domaines d'amélioration. Certains domaines compris dans les recommandations touchaient les ressources, tant humaines que matérielles, les améliorations des processus et la gestion des coûts. Les consultants ayant effectué l'examen des activités de chirurgie collaborent avec l'administration, le personnel, les chirurgiens et les anesthésiologistes afin de les aider à mettre en œuvre les recommandations.

Page Web publique du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick
La page Web, lancée en 2006, est accessible à l'adresse www.gnb.ca/santé. On y trouve de l'information sur les délais d'attente, des questions à poser à votre médecin, une foire aux questions ainsi que des noms de chirurgiens spécialistes et leurs adresses. La page Web vise à aider les Néo-Brunswickois à comprendre la complexité des délais d'attente pour une intervention chirurgicale et à prendre des décisions éclairées au sujet de leurs propres soins.

En juillet 2008, les données globales du registre provincial des patients des soins chirurgicaux seront accessibles sur la page Web. Les délais d'attente seront ensuite mis à jour sur une base trimestrielle.

Examen des chirurgies pratiquées sur des patients hospitalisés ou ambulatoires
Les régies régionales de la santé continuent d'essayer d'accroître leur volume d'interventions chirurgicales effectuées en chirurgie ambulatoire. Le but est d'adopter une pratique exemplaire qui consiste à effectuer 70 pour cent des interventions chirurgicales en chirurgie ambulatoire.

Dépistage préchirurgical
Une approche standardisée pour le dépistage préchirurgical a été mise au point par des représentants de l'anesthésiologie, de la chirurgie et des cliniques de dépistage préchirurgical. La nouvelle approche a été mise à l'essai dans trois hôpitaux de la régie régionale de la santé 2, soit à l'hôpital régional de Saint John, à l'hôpital St. Joseph's et au centre de santé de Sussex. L'essai s'est déroulé de novembre 2007 à janvier 2008. Les hôpitaux de la régie régionale de la santé 1 (Beauséjour) et de la régie régionale de la santé 1 (Sud-Est) ont incorporé la nouvelle approche pour leurs cliniques préchirurgicales en mars 2008. Le reste des hôpitaux adopteront la nouvelle approche tout au long de l'année 2008.

L'objectif consiste à dépister 100 pour cent des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale. Chaque patient remplira un questionnaire de dépistage préchirurgical dans le bureau du chirurgien. Les réponses aux questions plus d'autres renseignements sur les soins de santé permettront de déterminer si le patient peut subir un dépistage préchirurgical effectué par téléphone par une infirmière ou s'il doit venir à la clinique de dépistage préchirurgical. Le type de diagnostic et d'essai en laboratoire requis sont fondés sur la santé du patient. La formation sera offerte selon les besoins du patient.

Access Managers
Access managers are working in each of the Regional Health Authorities.
They work with the surgical team and management to foster an understanding of current surgical issues through analyzing information and providing reports from the provincial surgical patient registry. The access managers are able to provide information to individuals who are waiting for surgery and to assist them in managing their wait time. The goal is to improve the access and understanding of surgical wait time information for surgeons, administration and patients waiting for surgery.

Provincial Surgical Patient Registry
The provincial surgical patient registry was implemented across the province from January through to December 2007. It is a data repository for all patients waiting for surgery in New Brunswick.

The surgical prioritization tools that were developed by representatives from each surgical specialty are now in use in every surgeon's and dentist's office in the province. When a patient and their surgeon / dentist decide that the patient requires surgery, the surgeon / dentist completes the surgical prioritization tool and sends it to the hospital with the surgery booking request. The information from the surgical prioritization tools is entered in the provincial surgical patient registry.

Utilization of the surgical prioritization tools will ensure fairness through the use of objective criteria. The goal of appropriateness will be reached as the time people wait for surgery becomes proportional to their condition. Patients need a sense of certainty in knowing how long they can expect to wait and why.

Pan-Canadian Benchmarks
Ten pan-Canadian benchmarks were announced on December 12, 2005.

Some of the benchmarks have a direct bearing on the provincial Surgical Access Management Initiative. Under the agreed upon benchmarks, provinces and territories will strive to provide:

- Hip fracture fixation within 48 hours;
- Hip replacements within 26 weeks;
- Knee replacements within 26 weeks;
- Surgery to remove cataracts within 16 weeks for patients who are at high risk;
- Three benchmarks for cardiac surgery
  - within two weeks for Level one patients;
  - within six weeks for Level two patients; and
  - within 26 weeks for Level three patients

Gestionnaires de l'accès
Des gestionnaires de l'accès travaillent dans chacune des régies régionales de la santé.
Ils travaillent avec l'équipe chirurgicale et la direction afin de faire comprendre les enjeux actuels relatifs aux services de chirurgie par l'analyse de l'information et l'établissement de rapports à partir du registre provincial des patients des soins chirurgicaux. Les gestionnaires de l'accès sont en mesure de fournir de l'information aux personnes qui attendent une intervention chirurgicale et de les aider à gérer leur délai d'attente. Le but est d'améliorer l'accès et la compréhension de l'information entourant les délais d'attente en matière de chirurgie, et ce, dans l'intérêt des chirurgiens, de l'administration et des patients en attente d'une chirurgie.

Registre provincial des patients des soins chirurgicaux
Le registre provincial des patients des soins chirurgicaux a été mis en œuvre partout dans la province de janvier à décembre 2007. Il s'agit d'un dépôt de données visant tous les patients en attente d'une chirurgie au Nouveau-Brunswick.

Les outils d'établissement des priorités chirurgicales mis au point par des représentants de chaque spécialité chirurgicale sont désormais en usage dans chaque cabinet de chirurgien ou de dentiste au Nouveau-Brunswick. Lorsqu'un patient et son chirurgien ou dentiste décident qu'une chirurgie est nécessaire, le chirurgien ou dentiste remplit l'outil d'établissement des priorités chirurgicales et l'envoie à l'hôpital accompagné d'une demande de réservation en vue de fixer la date de la chirurgie. L'information extraite des outils d'établissement des priorités chirurgicales est entrée dans le registre provincial des patients des soins chirurgicaux.

L'utilisation des outils d'établissement de priorités chirurgicales assurera l'équité en ayant recours à des critères objectifs. L'objectif du bien-fondé sera atteint puisque les délais d'attente seront adaptés à l'état du patient. Les patients ont besoin de savoir avec un certain degré de certitude pendant combien de temps ils doivent attendre et pour quelle raison ils doivent attendre.

Points de référence pancanadiens
Dix points de référence pancanadiens ont été annoncés le 12 décembre 2005.

Certains de ces points de référence ont une incidence directe sur l'initiative provinciale de gestion de l'accès aux services chirurgicaux. Conformément aux points de référence approuvés, les provinces et les territoires poursuivront les objectifs suivants :

- La réparation d'une fracture de la hanche en moins de 48 heures.
- L'arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines.
- L'arthroplastie du genou en moins de 26 semaines.
- L'extraction de cataractes en moins de 16 semaines pour les patients exposés à des risques élevés.
- Trois points de référence ont été définis pour la chirurgie cardiaque :
  - moins de deux semaines pour les patients de niveau un;
  - moins de six semaines pour les patients de niveau deux;
  - moins de 26 semaines pour les patients de niveau trois.

The table below provides information on each of the seven benchmark procedures outlined above, for the time period of January to March 2008.

Benchmark Procedure	Percent Completed within Benchmark Jan-Mar 2008
Hip Replacement - within 26 weeks	58%
Knee Replacement - within 26 weeks	59%
Cataract Surgery - within 16 weeks	80%
CABG: Level I - within 2 weeks	91%
CABG: Level II - within 2 to 6 weeks	54%
CABG: Level III - within 6 to 26 weeks	n/a
*Hip Fracture Fixation - within 48 hours	88%

Note:
- The data for the *Hip Fracture Fixation benchmark is obtained from the Discharge Abstract Database (DAD) and pertains to the timeframe of April 2006 to March 2007.
- All data for the remaining benchmark procedures has been derived from the provincial surgical patient registry. The provincial surgical patient registry was implemented across the province from January through December 2007; therefore data is only available commencing January 2008.

Surgical Wait Time in New Brunswick

Surgical wait time is measured from the date the patient and surgeon/dentist decide that surgery is the plan and the request for surgery is received at the hospital through to the date of the surgery.

At this time, there is wait time information for 13 surgical procedures. They are:

- Breast excision
- Breast reduction
- Carpal tunnel repair
- Cataract removal*
- Cholecystectomy
- Coronary artery bypass graft (CABG) *
- Hernia repair
- Hip replacement*
- Hysterectomy
- Knee replacement*
- Myringotomy
- Prostatectomy
- Tonsillectomy and / or Adenoidectomy

* Denotes that there is a national benchmark for this procedure.

The following wait time information is from the provincial surgical patient registry for the time period of January to March, 2008. The provincial surgical patient registry was implemented across the province from January 2007 through December 2007; therefore data is only available commencing January 2008.

Le tableau ci-dessous offre de l'information sur chacune des sept interventions de référence susmentionnées, pour la période de janvier à mars 2008.

Intervention de référence	Pourcentage terminé selon la période de référence de janv. à mars 2008
Arthroplastie de la hanche – en moins de 26 semaines	58 %
Arthroplastie du genou – en moins de 26 semaines	59 %
Chirurgie de la cataracte – en moins de 16 semaines	80 %
PASP : Niveau I – en moins de 2 semaines	91 %
PASP : Niveau II – entre 2 et 6 semaines	54 %
PASP : Niveau III – entre 6 et 26 semaines	n.d.
*Réparation d'une fracture de la hanche – dans un délai de 48 heures	88 %

Nota :
– Les données pour le point de référence *Réparation d'une fracture de la hanche proviennent de la base de données sur les congés des patients (BDCP) et couvrent la période d'avril 2006 à mars 2007.
-Toutes les données pour les autres interventions de référence sont issues du registre provincial des patients des soins chirurgicaux. Le registre provincial des patients des soins chirurgicaux a été mis en œuvre partout dans la province entre janvier et décembre 2007; par conséquent, les données ne sont disponibles qu'à partir de janvier 2008.

Délai d'attente pour intervention chirurgicale au Nouveau-Brunswick

Le délai d'attente se mesure à partir de la date où le patient et le chirurgien ou le dentiste décident que la chirurgie est nécessaire et que la demande de chirurgie est reçue à l'hôpital jusqu'à la date de la chirurgie.

En ce moment, il y a de l'information sur les délais d'attente pour les 13 interventions chirurgicales suivantes. Les voici :

- Ablation du sein
- Réduction mammaire
- Réparation du canal carpien
- Extraction de cataractes*
- Cholécystectomie
- Pontage aortocoronarien par greffe (PASP)*
- Réparation de hernies
- Arthroplastie de la hanche*
- Hystérectomie
- Arthroplastie du genou*
- Paracentèse
- Prostatectomie
- Amygdalectomie ou adénoïdectomie

* Point de référence national pour cette intervention.

L'information suivante sur les délais d'attente est tirée du registre provincial des patients des soins chirurgicaux couvrant la période de janvier à mars 2008. Le registre provincial des patients des soins chirurgicaux a été mis en œuvre partout dans la province entre janvier et décembre 2007; par conséquent, les données ne sont disponibles qu'à partir de janvier 2008.

Percentage of Breast Excision Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	96.8%	0.0%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	31
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	37
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	95.8%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	24
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	92.9%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28
	Oromocto Public Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5
	Upper River Valley Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
	Hotel-Dieu of St.-Joseph Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1
RHA 3	RHA 3 Total	94.4%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	36
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	88.2%	11.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6
Provincial Wait Time		**96.3%**	**3.1%**	**0.6%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**162**

Pourcentage d'ablations du sein effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	96,8 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	31
RRS 1SE	Moncton Hospital	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	37
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	95,8 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	24
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	92,9 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	28
	Hôpital public d'Oromocto	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2
	L'Hôtel Dieu Saint-Joseph	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1
RRS 3	Total de la RRS 3	94,4 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	36
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	88,2 %	11,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	17
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6
Délai d'attente provincial		**96,3 %**	**3,1 %**	**0,6 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**162**

Percentage of Breast Reduction Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	33.3%	43.6%	12.8%	2.6%	5.1%	0.0%	2.6%	39
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	45.5%	43.2%	4.5%	2.3%	0.0%	2.3%	2.3%	44
	Sackville Memorial Hosp.	80.0%	10.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10
RHA 1SE	RHA 1SE Total	51.9%	37.0%	5.6%	1.9%	0.0%	1.9%	1.9%	54
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	20%	10%	20%	20%	10%	20%	0%	10
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	48.7%	15.4%	5.1%	5.1%	25.6%	0.0%	0.0%	39
	Oromocto Public Hosp.	40.5%	10.8%	8.1%	13.5%	27.0%	0.0%	0.0%	37
	Upper River Valley Hosp.	50.0%	0.0%	0.0%	12.5%	37.5%	0.0%	0.0%	8
RHA 3	RHA 3 Total	45.2%	11.9%	6.0%	9.5%	27.4%	0.0%	0.0%	84
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	52.9%	35.3%	0.0%	0.0%	11.8%	0.0%	0.0%	17
Provincial Wait Time		**48.9%**	**24.2%**	**6.7%**	**5.4%**	**12.6%**	**1.3%**	**0.9%**	**223**

Pourcentage de réductions mammaires effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	33,3 %	43,6 %	12,8 %	2,6 %	5,1 %	0,0 %	2,6 %	39
RRS 1SE	Moncton Hospital	45,5 %	43,2 %	4,5 %	2,3 %	0,0 %	2,3 %	2,3 %	44
	Sackville Memorial Hospital	80,0 %	10,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10
RRS 1SE	Total de la RRS 1SE	51,9 %	37,0 %	5,6 %	1,9 %	0,0 %	1,9 %	1,9 %	54
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	20,0 %	10,0 %	20,0 %	20,0 %	10,0 %	20,0 %	0,0 %	10
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	48,7 %	15,4,0 %	5,1 %	5,1 %	25,6 %	0,0 %	0,0 %	39
	Hôpital public d'Oromocto	40,5 %	10,8 %	8,1 %	13,5 %	27,0 %	0,0 %	0,0 %	37
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	50,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	37,5 %	0,0 %	0,0 %	8
RRS 3	Total de la RRS 3	45,2 %	11,9 %	6,0 %	9,5 %	27,4 %	0,0 %	0,0 %	84
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	52,9 %	35,3 %	0,0 %	0,0 %	11,8 %	0,0 %	0,0 %	17
Délai d'attente provincial		**48,9 %**	**24,2 %**	**6,7 %**	**5,4 %**	**12,6 %**	**1,3 %**	**0,9 %**	**223**

Percentage of Carpal Tunnel Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	36.0%	4.0%	4.0%	8.0%	8.0%	24.0%	16.0%	25
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8
	Sackville Memorial Hosp.	60.0%	12.0%	24.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25
RHA 1SE	RHA 1SE Total	63.6%	9.1%	24.2%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	50.0%	10.0%	30.0%	0.0%	10.0%	0.0%	0.0%	10
	St. Joseph's Hosp.	93.5%	2.2%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	46
	Charlotte County Hosp.	93.8%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	16
	Sussex Health Centre	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14
RHA 2	RHA 2 Total	89.5%	2.3%	4.7%	1.2%	2.3%	0.0%	0.0%	86
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3
	Oromocto Public Hosp.	72.7%	15.2%	6.1%	0.0%	6.1%	0.0%	0.0%	33
	Upper River Valley Hosp.	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8
RHA 3	RHA 3 Total	77.3%	13.6%	4.5%	0.0%	4.5%	0.0%	0.0%	44
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	88.6%	11.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	90.9%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	77.8%	11.1%	5.6%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	18
Provincial Wait Time		**79.1%**	**7.3%**	**5.9%**	**1.5%**	**2.6%**	**2.2%**	**1.5%**	**273**

Pourcentage de chirurgies du canal carpien effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	36,0 %	4,0 %	4,0 %	8,0 %	8,0 %	24,0 %	16,0 %	25
RRS 1SE	Moncton Hospital	75,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8
	Sackville Memorial Hospital	60,0 %	12,0 %	24,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25
RRS 1SE	Total de la RRS 1SE	63,6 %	9,1 %	24,2 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	50,0 %	10,0 %	30,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	10
	Hôpital St. Joseph's	93,5 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	46
	Hôpital Charlotte County	93,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	16
	Centre de santé Sussex	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	14
RRS 2	Total de la RRS 2	89,5 %	2,3 %	4,7 %	1,2 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	86
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3
	Hôpital public d'Oromocto	72,7 %	15,2 %	6,1 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %	33
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	87,5 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8
RRS 3	Total de la RRS 3	77,3 %	13,6 %	4,5 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	44
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	88,6 %	11,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	44
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	90,9 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	77,8 %	11,1 %	5,6 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	18
Délai d'attente provincial		**79,1 %**	**7,3 %**	**5,9 %**	**1,5 %**	**2,6 %**	**2,2 %**	**1,5 %**	**273**

Percentage of Cataract Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	90.7%	8.3%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	289
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	80.1%	19.2%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	287
RHA 2	St. Joseph's Hosp.	80.4%	18.0%	0.8%	0.4%	0.4%	0.0%	0.0%	506
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	19.0%	14.3%	33.3%	19.0%	14.3%	0.0%	0.0%	21
	Oromocto Public Hosp.	23.7%	51.8%	23.3%	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	253
	Upper River Valley Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	86
RHA 3	RHA 3 Total	41.7%	37.2%	18.3%	1.7%	1.1%	0.0%	0.0%	360
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	93.8%	3.9%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	128
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	97.5%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	40
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	52.9%	12.7%	3.2%	5.8%	25.3%	0.0%	0.0%	308
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	20.0%	17.1%	40.6%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	170
Provincial Wait Time		**67.3%**	**18.1%**	**7.4%**	**3.1%**	**4.1%**	**0.0%**	**0.0%**	**2,088**

Pourcentage des chirurgies de la cataracte effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	90,7 %	8,3 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	289
RRS 1SE	Moncton Hospital	80,1 %	19,2 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %	287
RRS 2	Hôpital St. Joseph's	80,4 %	18,0 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	506
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	19,0 %	14,3 %	33,3 %	19,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	21
	Hôpital public d'Oromocto	23,7 %	51,8 %	23,3 %	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	253
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	86
RRS 3	Total de la RRS 3	41,7 %	37,2 %	18,3 %	1,7 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	360
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	93,8 %	3,9 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	128
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	97,5 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	40
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	52,9 %	12,7 %	3,2 %	5,8 %	25,3 %	0,0 %	0,0 %	308
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	20,0 %	17,1 %	40,6 %	22,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	170
Délai d'attente provincial		**67,3 %**	**18,1 %**	**7,4 %**	**3,1 %**	**4,1 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**2 088**

Percentage of Cholecystectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	91.7%	2.8%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	36
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	65.8%	2.6%	10.5%	0.0%	5.3%	0.0%	15.8%	38
	Sackville Memorial Hosp.	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
RHA 1SE	RHA 1 SE Total	65.0%	2.5%	12.5%	0.0%	5.0%	0.0%	15.0%	40
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	52.8%	19.4%	8.3%	5.6%	5.6%	0.0%	8.3%	36
	St. Joseph's Hosp.	59.4%	28.1%	3.1%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	32
	Charlotte County Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5
	Sussex Health Centre	94.7%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19
RHA 2	RHA 2 Total	66.3%	17.4%	5.4%	4.3%	3.3%	0.0%	3.3%	92
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	88.4%	4.7%	4.7%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	43
	Oromocto Public Hosp.	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25
	Upper River Valley Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15
	Hotel-Dieu of St.-Joseph Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9
RHA 3	RHA 3 Total	93.5%	3.3%	2.2%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	92
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	89.5%	10.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	19
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	92.9%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	62.7%	25.5%	5.9%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	51
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	96.4%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28
Provincial Wait Time		**79.3%**	**10.2%**	**4.6%**	**1.1%**	**2.4%**	**0.0%**	**2.4%**	**372**

Pourcentage des cholécystectomies effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	91,7 %	2,8 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	36
RRS 1SE	Moncton Hospital	65,8 %	2,6 %	10,5 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	15,8 %	38
	Sackville Memorial Hospital	50,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2
RRS 1SE	Total de la RRS 1 SE	65,0 %	2,5 %	12,5 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	15,0 %	40
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	52,8 %	19,4 %	8,3 %	5,6 %	5,6 %	0,0 %	8,3 %	36
	Hôpital St. Joseph's	59,4 %	28,1 %	3,1 %	6,3 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	32
	Hôpital Charlotte County	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5
	Centre de santé Sussex	94,7 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19
RRS 2	Total de la RRS 2	66,3 %	17,4 %	5,4 %	4,3 %	3,3 %	0,0 %	3,3 %	92
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	88,4 %	4,7 %	4,7 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	43
	Hôpital public d'Oromocto	96,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15
	L'Hôtel Dieu Saint-Joseph	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9
RRS 3	Total de la RRS 3	93,5 %	3,3 %	2,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	92
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	89,5 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	19
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	92,9 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	14
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	62,7 %	25,5 %	5,9 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	51
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	96,4 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	28
Délai d'attente provincial		**79,3 %**	**10,2 %**	**4,6 %**	**1,1 %**	**2,4 %**	**0,0 %**	**2,4 %**	**372**

Percentage of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 2	Saint John Regional (SJRH)	92.13%	7.87%	0.00%	0.00%	0.00%	127
Provincial Wait Time		**92.13%**	**7.87%**	**0.00%**	**0.00%**	**0.00%**	**127**

Pourcentage de pontages aortocoronariens par greffe (PASP) effectués selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement	Moins de 3 mois	De 3 à 6 mois	De 6 à 9 mois	De 9 à12 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 2	Hôpital régional de Saint John (HRSJ)	92,13 %	7,87 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	127
Délai d'attente provincial		**92,13 %**	**7,87 %**	**0,00 %**	**0,00 %**	**0,00 %**	**127**

Percentage of Hernia Repair Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	73.1%	10.4%	9.0%	3.0%	1.5%	1.5%	1.5%	67
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	69.3%	2.7%	9.3%	2.7%	6.7%	4.0%	5.3%	75
	Sackville Memorial Hosp.	66.7%	16.7%	4.2%	8.3%	0.0%	0.0%	4.2%	24
RHA 1SE	RHA 1 SE Total	68.7%	6.1%	8.1%	4.0%	5.1%	3.0%	5.1%	99
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	42.0%	34.0%	8.0%	2.0%	6.0%	2.0%	6.0%	50
	St. Joseph's Hosp.	66.7%	20.8%	4.2%	2.1%	2.1%	0.0%	4.2%	48
	Charlotte County Hosp.	84.6%	15.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13
	Sussex Health Centre	91.7%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	24
RHA 2	RHA 2 Total	63.7%	23.0%	4.4%	1.5%	3.0%	0.7%	3.7%	135
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	69.0%	18.0%	6.0%	3.0%	4.0%	0.0%	0.0%	100
	Oromocto Public Hosp.	85.4%	12.5%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	48
	Upper River Valley Hosp.	72.2%	5.6%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18
	Hotel-Dieu of St.-Joseph Hosp.	90.5%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	21
RHA 3	RHA 3 Total	75.9%	13.9%	5.3%	2.1%	2.1%	0.0%	0.5%	187
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	79.2%	13.0%	7.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	77
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	88.1%	9.5%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	42
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	49.4%	35.3%	4.7%	3.5%	5.9%	1.2%	0.0%	85
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	93.2%	6.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	44
Provincial Wait Time		**71.5%**	**15.9%**	**5.4%**	**2.2%**	**2.6%**	**0.8%**	**1.6%**	**736**

Pourcentage de chirurgies effectuées pour réparer les hernies selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	73,1 %	10,4 %	9,0 %	3,0 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	67
RRS 1SE	Moncton Hospital	69,3 %	2,7 %	9,3 %	2,7 %	6,7 %	4,0 %	5,3 %	75
	Sackville Memorial Hospital	66,7 %	16,7 %	4,2 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %	24
RRS 1SE	Total de la RRS 1 SE	68,7 %	6,1 %	8,1 %	4,0 %	5,1 %	3,0 %	5,1 %	99
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	42,0 %	34,0 %	8,0 %	2,0 %	6,0 %	2,0 %	6,0 %	50
	Hôpital St. Joseph's	66,7 %	20,8 %	4,2 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	4,2 %	48
	Hôpital Charlotte County	84,6 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13
	Centre de santé Sussex	91,7 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	24
RRS 2	Total de la RRS 2	63,7 %	23,0 %	4,4 %	1,5 %	3,0 %	0,7 %	3,7 %	135
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	69,0 %	18,0 %	6,0 %	3,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	100
	Hôpital public d'Oromocto	85,4 %	12,5 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	48
	Hôpital de la vallée du Haut Saint-Jean	72,2 %	5,6 %	22,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18
	L'Hôtel Dieu Saint-Joseph	90,5 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	21
RRS 3	Total de la RRS 3	75,9 %	13,9 %	5,3 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	0,5 %	187
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	79,2 %	13,0 %	7,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	77
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	88,1 %	9,5 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	42
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	49,4 %	35,3 %	4,7 %	3,5 %	5,9 %	1,2 %	0,0 %	85
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	93,2 %	6,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	44
Délai d'attente provincial		**71,5 %**	**15,9 %**	**5,4 %**	**2,2 %**	**2,6 %**	**0,8 %**	**1,6 %**	**736**

Percentage of Hip Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	44.4%	11.1%	22.2%	7.4%	14.8%	0.0%	0.0%	27
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	33.3%	15.2%	48.5%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	23.7%	26.3%	23.7%	18.4%	2.6%	5.3%	0.0%	38
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	30.8%	23.1%	7.7%	23.1%	15.4%	0.0%	0.0%	13
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3
Provincial Wait Time		**35.8%**	**23.9%**	**23.9%**	**9.7%**	**5.2%**	**1.5%**	**0.0%**	**134**

Pourcentage d'arthroplasties de la hanche effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	50,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10
RRS 1SE	Moncton Hospital	44,4 %	11,1 %	22,2 %	7,4 %	14,8 %	0,0 %	0,0 %	27
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	33,3 %	15,2 %	48,5 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	23,7 %	26,3 %	23,7 %	18,4 %	2,6 %	5,3 %	0,0 %	38
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	60,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	60,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	30,8 %	23,1 %	7,7 %	23,1 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	13
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	33,3 %	66,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3
Délai d'attente provincial		**35,8 %**	**23,9 %**	**23,9 %**	**9,7 %**	**5,2 %**	**1,5 %**	**0,0 %**	**134**

Percentage of Hysterectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	76.1%	8.7%	8.7%	2.2%	2.2%	2.2%	0.0%	46
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	50.0%	28.3%	16.7%	3.3%	0.0%	1.7%	0.0%	60
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	87.9%	10.3%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	58
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	59.1%	33.3%	6.1%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	66
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	95.2%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	21
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	73.3%	26.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	41.2%	38.2%	11.8%	8.8%	0.0%	0.0%	0.0%	34
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	62.5%	37.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	32
Provincial Wait Time		**66.6%**	**23.9%**	**6.6%**	**2.0%**	**0.3%**	**0.6%**	**0.0%**	**347**

Pourcentage d'hystérectomies effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	76,1 %	8,7 %	8,7 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	46
RRS 1SE	Moncton Hospital	50,0 %	28,3 %	16,7 %	3,3 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	60
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	87,9 %	10,3 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	58
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	59,1 %	33,3 %	6,1 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	66
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	95,2 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	21
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	73,3 %	26,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	30
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	41,2 %	38,2 %	11,8 %	8,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	34
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	62,5 %	37,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	32
Délai d'attente provincial		**66,6 %**	**23,9 %**	**6,6 %**	**2,0 %**	**0,3 %**	**0,6 %**	**0,0 %**	**347**

Percentage of Knee Replacement Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	42.4%	42.4%	6.1%	6.1%	3.0%	0.0%	0.0%	33
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	20.8%	24.5%	24.5%	11.3%	15.1%	1.9%	1.9%	53
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	18.5%	44.4%	24.1%	11.1%	0.0%	0.0%	1.9%	54
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	20.3%	27.1%	20.3%	11.9%	11.9%	6.8%	1.7%	59
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	40.0%	30.0%	0.0%	0.0%	10.0%	0.0%	20.0%	10
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	46.7%	40.0%	13.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	0.0%	26.7%	20.0%	33.3%	13.3%	6.7%	0.0%	15
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	15.4%	53.8%	23.1%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	13
Provincial Wait Time		**23.8%**	**34.5%**	**19.0%**	**10.7%**	**7.5%**	**2.4%**	**2.0%**	**252**

Pourcentage d'arthroplasties du genou effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	42,4 %	42,4 %	6,1 %	6,1 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	33
RRS 1SE	Moncton Hospital	20,8 %	24,5 %	24,5 %	11,3 %	15,1 %	1,9 %	1,9 %	53
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	18,5 %	44,4 %	24,1 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	54
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	20,3 %	27,1 %	20,3 %	11,9 %	11,9 %	6,8 %	1,7 %	59
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	40,0 %	30,0 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	20,0 %	10
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	46,7 %	40,0 %	13,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	0,0 %	26,7 %	20,0 %	33,3 %	13,3 %	6,7 %	0,0 %	15
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	15,4 %	53,8 %	23,1 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13
Délai d'attente provincial		**23,8 %**	**34,5 %**	**19,0 %**	**10,7 %**	**7,5 %**	**2,4 %**	**2,0 %**	**252**

Percentage of Myringotomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	88
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	54.5%	27.3%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11
	St. Joseph's Hosp.	72.4%	22.4%	5.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	58
	Charlotte County Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2
	Sussex Health Centre	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	18
RHA 2	RHA 2 Total	76.4%	18.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	89
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12
	Oromocto Public Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26
RHA 3	RHA 3 Total	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	38
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	16.7%	0.0%	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	94.0%	4.0%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	97.6%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	41
Provincial Wait Time		**91.5%**	**5.4%**	**3.1%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**0.0%**	**352**

Pourcentage de paracentèses effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33
RRS 1SE	Moncton Hospital	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	88
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	54,5 %	27,3 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11
	Hôpital St. Joseph's	72,4 %	22,4 %	5,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	58
	Hôpital Charlotte County	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2
	Centre de santé Sussex	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18
RRS 2	Total de la RRS 2	76,4 %	18,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	89
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12
	Hôpital public d'Oromocto	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	26
RRS 3	Total de la RRS 3	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	38
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	16,7 %	0,0 %	83,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	94,0 %	4,0 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	97,6 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	41
Délai d'attente provincial		**91,5 %**	**5,4 %**	**3,1 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**352**

Percentage of Prostatectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	94.1%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	93.3%	3.3%	1.1%	1.1%	1.1%	0.0%	0.0%	90
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	96.7%	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	60
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	95.2%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	42
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	89.3%	3.6%	0.0%	3.6%	3.6%	0.0%	0.0%	28
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25
Provincial Wait Time		**91.3%**	**6.9%**	**0.4%**	**0.7%**	**0.7%**	**0.0%**	**0.0%**	**277**

Pourcentage de prostatectomies effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	94,1 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	17
RRS 1SE	Moncton Hospital	93,3 %	3,3 %	1,1 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	90
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	96,7 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	60
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	95,2 %	4,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	42
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	89,3 %	3,6 %	0,0 %	3,6 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	28
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	60,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	25
Délai d'attente provincial		**91,3 %**	**6,9 %**	**0,4 %**	**0,7 %**	**0,7 %**	**0,0 %**	**0,0 %**	**277**

Percentage of Tonsillectomy and/or Adenoidectomy Surgeries Completed by Wait Time Category in Months, January to March 2008, by RHA

RHA	Facility **If more than one facility in an RHA is listed, then a RHA total is included	Less than 3 months	Between 3 & 6 months	Between 6 and 9 months	Between 9 and 12 months	Between 12 and 18 months	Between 18 and 24 months	Over 24 months	Number of Total Surgical Cases Completed
RHA 1B	Dr. Georges-L. Dumont Regional Hosp.	89.7%	3.4%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	29
RHA 1SE	The Moncton Hosp.	98.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	65
RHA 2	Saint John Regional Hosp.	68.8%	22.9%	4.2%	4.2%	0.0%	0.0%	0.0%	48
	St. Joseph's Hosp.	62.7%	25.5%	5.9%	3.9%	0.0%	2.0%	0.0%	51
	Charlotte County Hosp.	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4
	Sussex Health Centre	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10
RHA 2	RHA 2 Total	69.0%	22.1%	4.4%	3.5%	0.0%	0.9%	0.0%	113
RHA 3	Dr. Everett Chalmers Regional Hosp.	66.7%	29.2%	0.0%	0.0%	4.2%	0.0%	0.0%	24
	Oromocto Public Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6
RHA 3	RHA 3 Total	73.3%	23.3%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	30
RHA 4	Edmundston Regional Hosp.	92.3%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13
RHA 5	Campbellton Regional Hosp.								0
RHA 6	Chaleur Regional Hosp.	78.6%	2.4%	8.3%	2.4%	3.6%	1.2%	3.6%	84
RHA 7	Miramichi Regional Hosp.	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	27
Provincial Wait Time		**81.7%**	**10.2%**	**3.9%**	**1.7%**	**1.1%**	**0.6%**	**0.8%**	**361**

Pourcentage d'amygdalectomies ou d'adénoïdectomies effectuées selon le délai d'attente en mois, de janvier à mars 2008, par RRS

RRS	Établissement **S'il y a plus d'un établissement dans la RRS, le total pour la RRS est inclus.	Moins de trois mois	De trois à six mois	De six à neuf mois	De neuf à 12 mois	De 12 à 18 mois	De 18 à 24 mois	Plus de 24 mois	Nombre total de chirurgies complétées
RRS 1B	Hôpital régional Dr Georges-L. Dumont	89,7 %	3,4 %	6,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	29
RRS 1SE	Moncton Hospital	98,5 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	65
RRS 2	Hôpital régional de Saint John	68,8 %	22,9 %	4,2 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	48
	Hôpital St. Joseph's	62,7 %	25,5 %	5,9 %	3,9 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	51
	Hôpital Charlotte County	75,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4
	Centre de santé Sussex	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10
RRS 2	Total de la RRS 2	69,0 %	22,1 %	4,4 %	3,5 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	113
RRS 3	Hôpital régional Dr Everett Chalmers	66,7 %	29,2 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %	24
	Hôpital public d'Oromocto	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6
RRS 3	Total de la RRS 3	73,3 %	23,3 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %	30
RRS 4	Hôpital régional d'Edmundston	92,3 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13
RRS 5	Hôpital régional de Campbellton								0
RRS 6	Hôpital régional Chaleur	78,6 %	2,4 %	8,3 %	2,4 %	3,6 %	1,2 %	3,6 %	84
RRS 7	Hôpital régional de Miramichi	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	27
Délai d'attente provincial		**81,7 %**	**10,2 %**	**3,9 %**	**1,7 %**	**1,1 %**	**0,6 %**	**0,8 %**	**361**

Number of Patients Waiting for Surgery in New Brunswick

The provincial surgical patient registry also tracks the number of patients waiting for surgery. The following table illustrates the number of patients waiting in each Regional Health Authority at the end of March 2008. The data is presented by clinical acuity category.

Nombre de patients en attente d'une chirurgie au Nouveau-Brunswick

Le registre provincial des patients des soins chirurgicaux recense également le nombre de patients en attente d'une chirurgie. Le tableau suivant illustre le nombre de patients en attente dans chaque régie régionale de la santé à la fin de mars 2008. Les données sont présentées par catégorie d'acuité clinique.

Surgeries Waiting at the end of March 2008:

	Regional Health Authority								
Clinical Acuity Category	**RHA 1B**	**RHA 1SE**	**RHA 2**	**RHA 3**	**RHA 4**	**RHA 5**	**RHA 6**	**RHA 7**	**New Brunswick**
Category I (within 3 weeks)	59	383	285	145	55	9	28	19	986
Category II (within 6 weeks)	243	720	730	411	106	58	288	95	2651
Category III (within 3 months)	357	740	1414	1084	129	104	512	250	4590
Category IV (within 12 months)	691	1060	1016	1064	145	199	846	164	5186
Subtotal	**1350**	**2903**	**3445**	**2704**	**435**	**370**	**1674**	**528**	**13413**
Other Surgeries*	34	406	757	996	196	59	38	37	2523
Total Surgeries Waiting	**1384**	**3309**	**4202**	**3700**	**631**	**429**	**1712**	**565**	**15936**

*Other Surgeries are surgeries that are not included in the prioritization process, but are performed in the operating room. Some examples are cystoscopies, cesarean sections, and vasectomies.

Chirurgies en attente à la fin de mars 2008

	Régie régionale de la santé								
Catégorie d'acuité clinique	**RRS 1B**	**RRS 1SE**	**RRS 2**	**RRS 3**	**RRS 4**	**RRS 5**	**RRS 6**	**RRS 7**	**Nouveau Brunswick**
Catégorie I (dans un délai de 3 semaines)	59	383	285	145	55	9	28	19	986
Catégorie II (dans un délai de 6 semaines)	243	720	730	411	106	58	288	95	2 651
Catégorie III (dans un délai de 3 mois)	357	740	1 414	1 084	129	104	512	250	4 590
Catégorie IV (dans un délai de 12 mois)	691	1 060	1 016	1 064	145	199	846	164	5 186
Total partiel	**1 350**	**2 903**	**3 445**	**2 704**	**435**	**370**	**1 674**	**528**	**13 413**
Autres chirurgies*	34	406	757	996	196	59	38	37	2 523
Nbre total de chirurgies en attente	**1 384**	**3 309**	**4 202**	**3 700**	**631**	**429**	**1 712**	**565**	**15 936**

*Les autres chirurgies sont celles qui ne sont pas comprises dans le processus d'établissement des priorités, mais elles sont toutefois effectuées à la salle d'opération. En voici des exemples : cystoscopies, césariennes et vasectomies.

Metabolic/Genetic Newborn Screening Service

In March 2007 metabolic/genetic newborn screening services were expanded.

In addition to the current testing for Phenylketonuria (PKU) and Congenital Thyroid (CH), New Brunswick newborns are now screened for the following additional metabolic and genetic disorders:

- Medium Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (MCAD)
- Carnitine Reuptake Deficiency (CUD)
- Carnitinepalmitoyl Transferase Type I and II (CPTI and CPTII)
- Carnitinepalmitoyl Translocase Deficiency (CTL)
- Glutaric Acidemia Type I and II (GAI and GAII)
- Isovaleric Acidemia (IVA)
- Long Chain Hydroxy acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (LCHAD)

Service de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés

En mars 2007, le service de dépistage de troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés a été élargi.

En plus des tests actuels de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de la thyroïde congénitale (CH), les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick sont maintenant examinés pour les autres troubles métaboliques et génétiques suivants :

- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase à chaîne moyenne (MCAD);
- le déficit en carnitine;
- la carnitine palmitoyl transférase de type I et II (CPTI et CPTII);
- le déficit en carnitine-palmityl translocase (CTL);
- l'acidémie glutarique de type I et II (GAI et GAII);
- l'acidémie isovalérique;
- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne longue (LCHAD);

- Maple Syrup Urine Disease (MSUD)
- Very Long Chain acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency (VLCAD)

The provincial metabolic/genetic newborn screening services involves the following: screening, tracking, positive test result confirmation, notification of confirmed positive test results to physicians and monitoring through a provincial computerized database.

From March 31, 2007- April 1, 2008 the service screened a total of 7323 newborns. From this total, the following positive disorders were confirmed:

2 Phenylketonuria (PKU)
1 Congenital Thyroid (CH)
1 Isovaleric Acidemia (IVA)

With early detection of disorder(s), the physician or specialized team can promptly initiate treatment to avoid complications and prevent irreversible health problems, developmental disabilities or death.

The New Brunswick Neonatal Screening Advisory Group (NBNSAG) was established in June 2006 to support the Department of Health on matters relating to metabolic/genetic newborn screening.

Universal Newborn Infant Hearing Screening Program

New Brunswick was one of the original Canadian jurisdictions to establish a program for universal newborn and infant hearing screening. The New Brunswick Universal Newborn and Infant Hearing Screening Program (UNIHSP) involve the following: screening, diagnosis by three months of age, intervention by appropriate service providers, and monitoring through a computerized database.

Benchmarks identified by audiologists providing this service include a 95 per cent screening rate during birth admissions, diagnosis of hearing loss within four months of birth and amplification, when appropriate, of babies identified with hearing loss within six months of birth. Given the relationship of hearing to language acquisition and the importance of solid receptive vocabulary skills for school success upon kindergarten entry, this program's objective to identify and fit amplification for children earlier will help ensure that key developmental milestones are achieved.

Since inception, the program has identified 50 infants born with a permanent hearing loss. This earlier identification of hearing loss ensures that these children receive the appropriate equipment, rehabilitation and support during the formative years.

- la leucinose ou maladie du sirop d'érable (MSUD);
- le déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à très longue chaîne (VLCAD).

Le service provincial de dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés comprend les composantes suivantes : dépistage, suivi, confirmation des résultats de tests positifs, avis des résultats de tests positifs confirmés aux médecins et surveillance au moyen d'une base de données informatisée provinciale.

Du 31 mars 2007 au 1er avril 2008, le service a effectué des dépistages sur un total de 7 323 nouveau-nés. De ce total, un dépistage positif des troubles suivants a été confirmé :

2 cas de phénylcétonurie (PCU);
1 cas de thyroïde congénitale (CH);
1 cas d'acidémie isovalérique (IVA).

Grâce au dépistage précoce, le médecin ou l'équipe spécialisée peut entreprendre le traitement immédiatement pour prévenir les complications et des problèmes de santé irréversibles, des déficiences développementales ou la mort.

Le Groupe consultatif sur le dépistage chez les nouveau-nés du Nouveau-Brunswick a été créé en juin 2006 afin d'appuyer le ministère de la Santé sur des questions ayant trait au dépistage des troubles métaboliques et génétiques chez les nouveau-nés.

Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons

Le Nouveau-Brunswick a été l'une des premières provinces canadiennes à établir un programme de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons. Le Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons du Nouveau-Brunswick comprend les volets suivants : dépistage, diagnostic avant l'âge de trois mois, intervention par les fournisseurs de services compétents et surveillance à l'aide d'une base de données informatisée.

Les points de référence du programme visent à obtenir un taux de dépistage de 95 pour cent à l'admission à la naissance; le diagnostic de perte d'audition dans un délai de quatre mois après la naissance; la prestation de services d'amplification, s'il y a lieu, pour les bébés chez qui on a diagnostiqué une perte d'audition dans les six mois après la naissance. Étant donné la relation entre l'audition et l'acquisition du langage, et l'importance de solides capacités réceptives de vocabulaire pour le succès scolaire à l'entrée à la maternelle, l'objectif de ce programme, qui est de dépister les problèmes d'audition chez les enfants et de leur offrir des services d'amplification plus tôt, leur permettra de profiter d'une intervention précoce qui favorisera l'atteinte des jalons clés du développement.

Depuis le début, le programme a établi une perte auditive permanente chez 50 nourrissons. Cette identification précoce de la perte auditive permet de s'assurer que ces enfants recevront l'équipement, la réadaptation et le soutien appropriés au cours des années de formation.

Sensorineural Hearing Loss Identification By RHA				
Regional Health Authority	**2004-05**	**2005-06**	**2006-07***	**2007-08**
RHA 1B	1	0	0	0
RHA 1SE	3	2	3	1
RHA 2	3	3	4	2
RHA 3	0	3	2	3
RHA 4	0	1	0	1
RHA 5	0	0	0	0
RHA 6	1	1	2	1
RHA 7	1	0	0	0
Annual Total	**9**	**10**	**11**	**8**
Cumulative Total	**21**	**31**	**42**	**50**
* Includes revised data from previous annual report				

Dépistage de la surdité de perception par RRS				
Régie régionale de la santé	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007***	**2007-2008**
RRS 1B	1	0	0	0
RRS 1SE	3	2	3	1
RRS 2	3	3	4	2
RRS 3	0	3	2	3
RRS 4	0	1	0	1
RRS 5	0	0	0	0
RRS 6	1	1	2	1
RRS 7	1	0	0	0
Total annuel	**9**	**10**	**11**	**8**
Total cumulatif	**21**	**31**	**42**	**50**
* Inclus les données révisées du rapport annuel précédent				

Cochlear Implant Follow-Up Services

The provincial cochlear implant follow-up service continues to provide non-surgical client support for pre-implantation of cochlear devices and post-implantation mapping and follow-up for equipment trouble shooting and maintenance. The service, based at the Chaleur Regional Hospital, continues to accept new clients and follow existing clients from New Brunswick while working collaboratively with surgical sites located in Ontario, Quebec and Nova Scotia to ensure continuity of care.

In 2006-07 there were 47 clients followed by the cochlear implant team of Audiologists and other adhoc services including speech language pathology; Ear, Nose and Throat; and social work. The number of clients for 2007-08 has increased to 67, with representation from all regions of the province, reflecting the provincial nature of this specialized service.

Services de suivi pour personnes porteuses d'implants cochléaires

Le service provincial de suivi pour les personnes porteuses d'implants cochléaires continue d'offrir un soutien non chirurgical avant l'implantation de dispositifs techniques pour malentendants ainsi que le mappage postopératoire et le suivi pour le dépannage et l'entretien des appareils. Le service, basé à l'hôpital régional Chaleur, continue d'accepter de nouveaux clients et de suivre les clients déjà existants du Nouveau-Brunswick tout en collaborant avec des établissements chirurgicaux situés en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse pour assurer la continuité des soins.

En 2006-2007, 47 clients ont été suivis par l'équipe d'implants cochléaires formée d'audiologistes et par d'autres services spécialisés tels que les services d'orthophonie, d'oto-rhino-laryngologie et de travailleurs sociaux. Le nombre de clients en 2007-2008 a augmenté à 67, avec une représentation de toutes les régions de la province, ce qui reflète la nature provinciale de ce service spécialisé.

Distribution of Clients by Health Region/ Répartition des clients par région sanitaire							
Health Region/Région sanitaire							
1	2	3	4	5	6	7	Total
15	6	12	3	3	20	8	67

Distribution of Clients: Adults versus Children/ Répartition des clients : adultes par rapport aux enfants		
Adults/Adultes	Children/Enfants	Total
30	37	67

PET- CT

PET-CT technology combines the benefits of a Positron Emission Tomography (PET) scanner and a Computerized Tomography (CT) scanner in one state-of-the-art medical imaging device.

This provincial service officially opened at the Saint John Regional Hospital on Nov.10, 2006, offering PET-CT examinations to New Brunswick patients with certain oncology conditions. A maximum of 300 examinations per year was set to begin the service at the Saint John site. In June 2007, the maximum number of examinations approved was increased to 600 per year to address a growing need. At the time of the decision, the provincial advisory committee was also mandated to change the booking strategy from one of a "first come – first serve" approach to one with a prioritization criteria. Those criterias were developed in 2007-08 and will be implemented early in 2008-09.

Since its inception, this service has been offered through a Health Canada approved research trial application, as is the case with similar services across Canada. A provincial PET-CT advisory committee met regularly and developed clinical guidelines specific to the research project. Those guidelines have to be followed by the research team and by the referring physicians that are involved with the management and treatment of oncology patients.

TEP-CT

La technologie TEP-CT combine les avantages de la tomographie par émission de positrons (TEP) et la tomographie par ordinateur (CT) en un seul appareil d'imagerie de pointe.

Ce service provincial a été officieliement inauguré à l'hôpital régional de Saint John, le 10 novembre 2006. Il offre des examens TEP-CT aux patients du Nouveau-Brunswick atteints de certains problèmes oncologiques. Le nombre maximal d'examens par année a été fixé à 300 pour démarrer le service à l'établissement de Saint John. En juin 2007, on a augmenté à 600 par année le nombre maximal d'examens approuvé pour répondre au besoin grandissant. Au moment de la décision, le Comité consultatif provincial du service TEP-CT a reçu le mandat de changer la stratégie d'établissement des rendez-vous de l'approche du « premier arrivé, premier servi » à celle de critères fondés sur l'établissement des priorités. Ces critères ont été élaborés en 2007-2008 et seront appliqués au début de 2008-2009.

Depuis sa mise en place, ce service est offert dans le cadre d'une demande d'essai de recherche approuvée par Santé Canada, comme c'est le cas pour des services semblables au Canada. Le Comité consultatif provincial du service TEP-CT s'est réuni régulièrement et a établi les directives cliniques pour le projet de recherche. L'équipe de recherche et les médecins qui participent à la gestion et au traitement des patients en oncologie doivent suivre ces directives.

Organ and Tissue Procurement

The New Brunswick Organ and Tissue Procurement Program (NBOTPP) submitted and received their registration with Health Canada to meet the requirements of the Cells, Tissues and Organs (CTO) Regulations. These Regulations came into effect on December 07, 2007. Their purpose is to minimize the potential health risks to Canadian recipients resulting from transplantation.

In 2006-07 the NBOTPP participated in a National Organ Donation Collaborative (ODC) sponsored by the Canadian Council for Donation and Transplantation (CCDT). As a result of this initiative, the NBOTPP developed a learning tool and best practice model that has been implemented in eight Canadian Provinces and at least four other countries around the world. The NBOTPP adopted the six strategies for change presented at the ODC that will be implemented in each of the RHAs.

Dons d'organes et de tissus

Le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a obtenu son homologation auprès de Santé Canada afin de répondre au Règlement sur les cellules, les tissus et les organes. Ce règlement est entré en vigueur le 7 décembre 2007. Son objectif est de réduire au minimum les risques potentiels pour la santé des Canadiens receveurs d'une greffe d'organe.

En 2006-2007, le programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a pris part à une initiative nationale de collaboration en matière de dons d'organes parrainée par le Conseil canadien pour le don et la transplantation (CCDT). À la suite de cette initiative, le programme a mis au point un outil d'apprentissage et un modèle des pratiques exemplaires appliqué dans huit provinces canadiennes et dans au moins quatre autres pays du monde. Il a adopté les six stratégies de changement présentées à l'initiative nationale de collaboration qui seront mises en œuvre dans chacune des RRS.

In order to acknowledge the selfless and generous gift made by Organ Donor families, the NBOTPP developed a Donor Family After-Care Program. At the time of an organ donation, donor families are provided with a Memory Box, a commemorative pewter heart, grief literature and other small tokens of thanks. A correspondence support program has also been initiated. A list of bereavement resources in New Brunswick is provided and regular correspondence with the NBOTPP encouraged.

As of May 2008, through the process which registers an individual's wishes regarding organ and tissue donation with Medicare, 252,153 New Brunswickers had indicated that they wished to be donors, 212,392 indicated that they did not want to be donors and a further 262,370 New Brunswickers have not yet made their wishes known. Since last year, this represents a net increase of 43,000 who had indicated their wishes. Educational initiatives being developed and delivered will continue to ensure New Brunswick citizens are able to make an informed decision regarding organ and tissue donation. One such initiative is the distribution of information pamphlets to family pysicians. Of the 335 physicians contacted by mail, 103 have agreed to display the NBOTPP information pamphlets in their offices thus far.

The 24-hour organ and tissue donor screening line continues to be in operation. As of March 31st, 2008, all eight Regional Health Authorities are reporting deaths to this line. For the period ending March 31, 2008, the compliance rate was 87.4 per cent.

En guise de reconnaissance du don humanitaire et généreux effectué par les familles de donneurs d'organes, le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick a mis au point un programme de suivi des familles de donneurs. Au moment du don d'organe, les familles de donneurs se voient remettre une boîte de souvenir, un cœur commémoratif en étain, de la documentation sur le deuil et d'autres petits signes de remerciement. Un programme de soutien par correspondance a aussi été lancé. Une liste de ressources au Nouveau-Brunswick en cas de deuil est offerte et on encourage une correspondance régulière avec le Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick.

Depuis mai 2008, grâce au processus par lequel une personne inscrit son souhait de don d'organes et de tissus auprès de l'Assurance-maladie, 252 153 Néo-Brunswickois ont indiqué qu'ils souhaitaient être donneurs, 212 392 qu'ils ne voulaient pas l'être et 262 370 autres n'avaient pas encore fait connaître leur souhait. Depuis la dernière année, cela représente une hausse nette de 43 000 personnes ayant indiqué leurs souhaits. La mise au point et en œuvre d'initiatives permettra aux Néo-Brunswickois de prendre une décision éclairée sur le don d'organes et de tissus. La distribution de brochures d'information destinées aux médecins de famille constitue l'une de ces initiatives. Des 335 médecins joints par courrier, 103 ont accepté jusqu'ici d'afficher dans leurs bureaux les brochures d'information sur le programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick.

La ligne de dépistage des donneurs d'organes et de tissus accessible 24 heures par jour a continué d'être utilisée. Au 31 mars 2008, huit régies régionales de la santé avaient signalé des décès sur cette ligne. Pour la période se terminant le 31 mars 2008, le taux de conformité était de 87,4 pour cent.

Organ and Tissue			
Year	**2005-06**	**2006-07**	**2007-08**
Number of Referrals	114	1446	1651
Number of Donor –			
Organ only	4	2	6
Organ and Tissue	11	8	9
Tissue Only	96	141	132
Total Number of Donors	111	151	147
Organs Procured			
Heart	11	3	9
Liver	13	10	13
Lungs	16	4	8
Kidney	30	20	29
Pancreas	7	3	2
Tissues Procured			
Heart for Valves	6	10	10
Cornea	201	287	260
Skin	20	16	25
Bone	28	21	29
Transplant Recipients			
Kidney Recipients	21	21	32
Heart Recipients	3	5	3
Liver Recipients	6	10	9
Lung Recipients	5	5	1
Pancreas Recipients	1	0	0
Bone Marrow Recipients	5	1	6
Patients waiting for transplant (March 31, 2008)			
Heart	1	0	2
Liver	8	9	5
Kidney	47	66	72
Kidney & Pancreas	0	0	2
Lung	6	1	1

Organes et tissus			
Année	**2005-2006**	**2006-2007**	**2007-2008**
Nombre de donneurs dirigés	114	1 446	1 651
Nombre de donneurs			
Organes seulement	4	2	6
Organes et tissus	11	8	9
Tissus seulement	96	141	132
Nombre total de donneurs	111	151	147
Organes donnés			
Cœur	11	3	9
Foie	13	10	13
Poumons	16	4	8
Reins	30	20	29
Pancréas	7	3	2
Tissus donnés			
Cœur pour valvules cardiaques	6	10	10
Cornée	201	287	260
Peau	20	16	25
Os	28	21	29
Receveurs			
Reins	21	21	32
Cœur	3	5	3
Foie	6	10	9
Poumons	5	5	1
Pancréas	1	0	0
Moelle osseuse	5	1	6
Patients en attente d'une greffe (au 31 mars 2008)			
Cœur	1	0	2
Foie	8	9	5
Reins	47	66	72
Reins et pancréas	0	0	2
Poumon	6	1	1

Patient Safety

In 2007-08, due to the success of the Safer Healthcare Now (SHN) campaign the decision was made by the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) to continue the campaign and add four new interventions bringing the number of interventions to 10. The province has actively participated in the Safer Healthcare Now (SHN) campaign. SHN is a national campaign focused on improving patient safety in hospitals.

The ten interventions of SHN are:

- *Improved care for Acute Myocardial Infarction* - Prevent deaths among patients hospitalized for acute myocardial infarction (AMI) by ensuring the reliable delivery of evidence-based care.
- *Prevention of Central Line - Associated Bloodstream Infection* - Prevent central venous catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) and deaths from CR-BSI by implementing a set of evidence-based interventions in all patients requiring a central line.
- *Prevent adverse drug events* (ADEs) by implementing medication reconciliation.

Sécurité des patients

En 2007-2008, en raison du succès de la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a pris la décision de poursuivre la campagne et d'ajouter quatre nouvelles interventions, donnant ainsi un total de dix interventions. La province a participé activement à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Cette campagne nationale visait l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux.

Voici les dix interventions de SSPSM :

- *Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde :* Prévenir les décès chez les patients hospitalisés en cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.
- *Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux :* Prévenir les infections et les décès liés aux cathéters intravasculaires centraux (CIC) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients nécessitant un cathéter central.
- *Prévention des événements iatrogènes médicamenteux*, à l'aide du bilan comparatif des médicaments.

- *Rapid Response Teams* - Prevent deaths in patients who are progressively failing outside the ICU by implementing rapid response teams.
- Prevention of Surgical Site Infection - Prevent surgical site infection (SSI) and deaths from SSI by implementing a set of evidence-based interventions in all surgical patients.
- *Prevent ventilator-associated pneumonia* (VAP) and deaths from VAP and other complications in patients on ventilators by implementing a set of interventions known as the "VAP bundle."
- *Adverse drug events in long-term care* – implement medication reconciliation to prevent adverse drug events (ADEs) in long-term care settings.
- *Falls in long-term care* - prevent harm resulting from falls in long-term care settings
- *Antibiotic resistant organisms* (AROs) – implement a series of evidence-based guidelines to prevent harm from antibiotic resistant organisms
- *Venous thromboembolism* (VTE) – implement a series of protocols to ensure that general surgery and hip fracture surgery patients receive the appropriate thromboprophylaxis to prevent complications such as deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism

Through sponsorship of $60,000 to the Safer Healthcare Now campaign by the province, each Regional Health Authority has had the opportunity to partner and benefit in the sharing of best practices through participating in one or more of the six interventions.

In addition to the SHN campaign, extensive work has been done in the province on the hospital standardized morality ratio (HSMR). New Brunswick has been recognized nationally for its efforts in using the HSMR as a big dot indicator in the safety movement. The HSMR was made public in October 2007, with New Brunswick having some of the lowest results in the country.

Utilization Management

Based on earlier retrospective and concurrent reviews carried out by the department, the provincial utilization management committee recommended implementation of one acute care bed utilization management tool across all regions.

With the implementation of the Medworxx Clinical Utilization software in each of the Regional Health Authorities in 2007-08, the RHAs and the department were able to monitor utilization trends in each regional hospital and generate provincial statistics. The focus in 2007–08 has been on reducing the number of non-acute admissions in hospitals and the lengths of stay of patients who no longer require hospital care.

- *Déploiement des équipes d'intervention rapide* : Prévenir les décès chez les patients dont la santé se détériore progressivement en dehors du service des soins intensifs.
- *Prévention des infections du site opératoire* : Prévenir les infections et les décès liés au site opératoire (ISO) en mettant en œuvre un ensemble d'interventions fondées sur l'expérience clinique chez tous les patients devant subir une intervention chirurgicale.
- *Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée* : Prévenir la pneumonie sous ventilation assistée (PVA) et les décès qui en découlent et d'autres complications chez les patients en ventilation assistée en mettant en œuvre un ensemble d'interventions appelées « ensemble PVA ».
- *Événements iatrogènes médicamenteux dans les soins de longue durée* – Effectuer un bilan comparatif des médicaments pour prévenir les événements iatrogènes médicamenteux dans le contexte des soins de longue durée.
- *Chutes dans les soins de longue durée* – Prévenir les blessures causées par des chutes dans le contexte des soins de longue durée.
- *Organismes résistant aux antibiotiques* – Appliquer une série de directives fondées sur l'expérience clinique afin de prévenir des blessures causées par des organismes résistant aux antibiotiques.
- *Thromboembolie veineuse* (TEV) – Appliquer une série de protocoles pour que les patients en chirurgie générale et en chirurgie pour fracture de la hanche reçoivent une thromboprophylaxie appropriée afin de prévenir des complications comme la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire.

Grâce à une commandite de 60 000 $ du gouvernement provincial à la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, chaque régie régionale de la santé a pu créer un partenariat et bénéficier de l'échange des pratiques exemplaires en participant à une ou à plusieurs de ces interventions.

En plus de la campagne SSPSM, beaucoup de travail a été effectué dans la province concernant le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH). Le Nouveau-Brunswick a été reconnu à l'échelle nationale pour ses tentatives d'utiliser le RNMH comme mesure globale de la tendance vers la sécurité des patients. Le RNMH a été rendu public en octobre 2007, le Nouveau-Brunswick enregistrant les résultats les plus faibles au pays.

Gestion de l'utilisation

En s'appuyant sur des études rétrospectives et concomitantes précédentes menées par le ministère, le Comité provincial de gestion de l'utilisation a recommandé la mise en œuvre d'un outil de gestion de l'utilisation des lits pour soins aigus dans toutes les régions.

Grâce à la mise en œuvre du logiciel d'utilisation des ressources cliniques Medworxx dans chacune des régies régionales de la santé en 2007-2008, les régies régionales de la santé et le ministère ont été en mesure de surveiller les tendances de l'utilisation dans chaque hôpital régional et de produire des statistiques provinciales. En 2007-2008, l'accent a été mis sur la réduction du nombre d'admissions pour des soins non actifs dans les hôpitaux et sur la réduction de la durée de séjour des patients n'ayant plus besoin des soins hospitaliers.

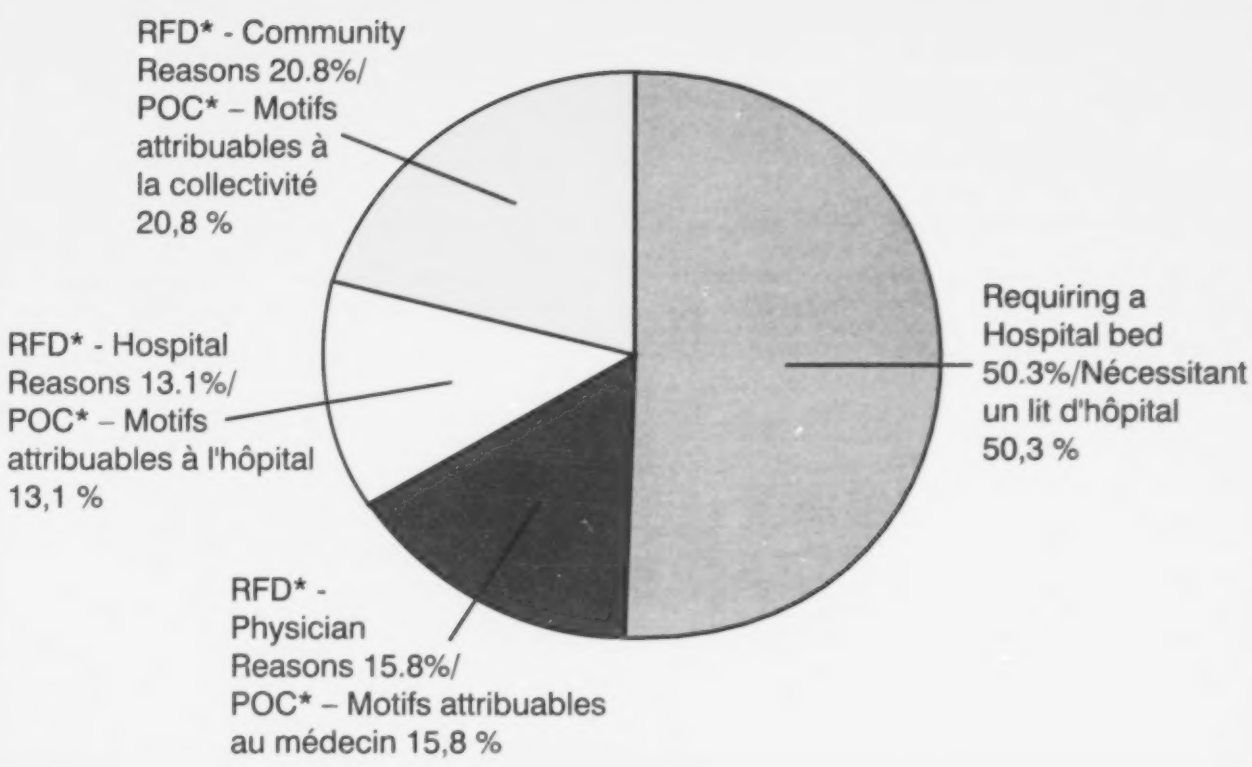
The provincial utilization management committee met in early 2007 and developed a hospital services utilization action plan that includes utilization of acute care beds, alternate level of care beds, diagnostic imaging and communication. In addition to these items, the committee has developed guidelines and procedures as it prepares to take over the utilization of the drug synagis from Canadian Blood Services in the fall of 2008.

Provincial - Breakdown of Days Reviewed: April 1 2007- March 31, 2008

Le Comité provincial de la gestion de l'utilisation s'est réuni au début de 2007. Il a élaboré un plan d'action pour l'utilisation des services hospitaliers qui inclut l'utilisation des lits pour soins aigus, un autre niveau de lits désignés pour les soins, l'imagerie diagnostique et la communication. En plus de ces éléments, le comité a mis au point des lignes directrices et des marches à suivre alors qu'il prépare la prise en charge de l'utilisation du médicament Synagis de la Société canadienne du sang à l'automne 2008.

Provincial – Répartition des jours examinés : du 1er avril 2007 au 31 mars 2008

2007-08 Medical Patient Days Reviewed/ Jours médicaux examinés 2007-2008



Medical Days Reviewed (2007-08)	Patient Days	Percent
Requiring a Hospital bed	65973	50.3%
RFD* - Physician Reasons	20777	15.8%
RFD* - Hospital Reasons	17125	13.1%
RFD* - Community Reasons	27326	20.8%
	131201	

RFD* - Ready for Discharge
Based on all patients assessed with a length of stay <= 365 days

KEY:
RFD = ready for discharge – all assessments indicate patient is in stable condition and does not require a hospital bed

Jours médicaux examinés 2007-2008	Jours-patients	Pourcentage
Nécessitant un lit d'hôpital	65 973	50,3 %
POC* – Motifs attribuables au médecin	20 777	15,8 %
POC* – Motifs attribuables à l'hôpital	17 125	13,1 %
POC* – Motifs attribuables à la collectivité	27 326	20,8 %
	131 201	

POC* – Prêts à obtenir leur congé
En se fondant sur tous les patients évalués avec une durée de séjour <= 365 jours

CLÉ :
POC = prêt à obtenir son congé – toutes les évaluations indiquent que le patient est dans un état stable et ne nécessite pas un lit d'hôpital.

Ready For Discharge reasons

Physician reasons: Patients who are ready for discharge but remained in acute care beds due to Physician reasons

- Therapy - physician orders indicate a therapy such as medication adjustment, pain control, wound management
- Consultation - Order has been written for a consultation with another doctor i.e. obstetrics/ gynecology, surgical, psychiatry
- Investigation - tests and investigations are ordered
- Pending - No current physician order, plan of care unclear, care plan stalled, further physician direction required

Hospital Reasons: Patients in hospital who are ready for discharge remain in beds due to hospital reasons

- Hospital other – waiting for another bed in the hospital such as psychiatry, surgery.
- Service delays - delay of 24 hours or more in accessing diagnostic therapeutic testing i.e. discharge planning, respiratory, laboratory.
- Activation - one to five days of rehab services to increase strength to allow patient to return to previous home environment.

Community Reasons: Patients ready for discharge were still occupying an acute care bed due to community reasons

- Processing placement - patient is no longer requiring an acute care bed and is in the process of being assessed for alternate placement.
- Waiting Community - patient is waiting for community service such as EMP, nursing home bed, respite bed, palliative care.
- Social Issues - delay is related to issues such as family, financial, or social reasons.
- Outside Services - delay is a result of patient waiting for service external to hospital; such as with home support.

The New Brunswick Extra-Mural Program

The New Brunswick Extra-Mural Program (EMP) is a provincial home health-care program. Its mission is "to provide a comprehensive range of coordinated health care services for individuals of all ages for the purpose of promoting, maintaining or restoring health within the context of their daily lives, and to provide palliative services to support quality end of life care for individuals with progressive life threatening illnesses."

This mission is accomplished by providing services which include acute care, palliative care, long-term care, rehabilitation, and home oxygen therapy. The

Motifs derrière le congé

Motifs attribuables au médecin : patients prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits pour soins aigus en raison des motifs attribuables au médecin

- Thérapie – Les directives du médecin indiquent une thérapie, notamment l'adaptation du dosage du médicament, la gestion de la douleur, le traitement des plaies.
- Consultation – Une ordonnance est rédigée pour une consultation avec un autre médecin, p. ex. l'obstétrique et la gynécologie, la chirurgie, la psychiatrie.
- Exploration – Des tests et des explorations sont commandés.
- En attente – Aucune ordonnance du médecin en cours, plan de soins ambigus, plan de soins au point mort, autre directive du médecin requise.

Motifs attribuables à l'hôpital : patients hospitalisés prêts à obtenir leur congé qui demeurent dans des lits en raison de motifs attribuables à l'hôpital

- Hôpital – autre – en attente d'un autre lit dans l'hôpital, notamment en psychiatrie, en chirurgie.
- Retards dans la prestation de service – retard de 24 heures ou plus dans l'accès aux tests de diagnostic thérapeutique, par exemple pour la planification du congé, pour les problèmes respiratoires, les tests de laboratoire.
- Activation – un à cinq jours des services de réadaptation pour augmenter les forces du patient afin de lui permettre de retourner chez lui.

Motifs attribuables à la collectivité : patients prêts à obtenir leur congé qui occupent toujours un lit pour soins aigus en raison de motifs attribuables à la collectivité

- Placement en voie de traitement – le patient ne nécessite plus un lit pour soins aigus et est en train d'être évalué pour obtenir un autre placement.
- En attente d'un service communautaire – le patient est en attente d'un service communautaire tel que le Programme extra mural (PEM), un lit dans un foyer de soins, un lit de soins de relève, les soins palliatifs.
- Questions sociales – le retard est associé à des questions familiales, financières ou sociales.
- Services externes – le retard est occasionné par le fait que le patient attend un service externe à l'hôpital, comme un soutien à domicile.

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick (PEM) offre des services de soins communautaires à domicile aux résidents de la province. Sa mission consiste à « offrir une gamme complète de services de soins de santé coordonnés aux personnes de tout âge en vue de la promotion, du maintien ou du rétablissement de la santé dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que d'offrir des services de soins palliatifs visant à soutenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladies évolutives pouvant provoquer la mort. »

Cette mission est accomplie par la prestation d'un ensemble de services, y compris les soins aigus, les soins palliatifs, les

Extra-Mural Program professional service providers include registered dieticians, nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory therapists, social workers, and speech language pathologists. Physicians are integral members of the EMP home health-care team in addition to other facility based and community based health services.

Services in EMP have evolved and to continue evolve to meet the ongoing needs of New Brunswickers for home health care services. EMP recently completed care coordination guidelines and provincial palliative care guidelines to ensure client centered services provided in these areas. As well, demonstration projects of pharmacy in home care service delivery and quick response home care, located in four regional hospital emergency departments, are ongoing initiatives.

Currently, approximately 61 per cent of the clients served by EMP are over the age of 65 (65-74 years – 14 per cent; 75-84 years – 21 per cent; and over 85 years – 26 per cent). Children and adolescents (0-18 years) make up 17 per cent of client services and adults (19-64 years) 22 per cent. Children and adolescents are served primarily by rehabilitation services in the home and school environments. Rehabilitation services are also provided to residents in nursing homes. Home oxygen therapy is provided to approximately six per cent of the EMP provincial caseload.

The EMP has over 700 funded, full-time equivalent positions in the province. In 2007-08, 19,250 clients were discharged from the program and 436,064 visits (304,013 nursing visits, 87,835 rehabilitation service visits, and 44,216 other clinical service visits) were carried out along with 150,306 telephone contacts (provision of clinical service to client or family over the telephone). There were 25.9 discharges per 1,000 population estimate.

soins de longue durée, la réadaptation et l'oxygénothérapie. Les professionnels du Programme extra-mural comprennent notamment des diététistes professionnelles, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des travailleurs sociaux et des orthophonistes. Les médecins sont des membres à part entière de l'équipe des soins à domicile du Programme extra-mural en plus d'autres services de santé communautaires et offerts par les établissements.

Les services offerts par le Programme extra-mural ont évolué et continuent d'évoluer afin de répondre aux besoins actuels des résidents du Nouveau-Brunswick en matière de services de soins de santé à domicile. Le Programme extra-mural a récemment mis au point des lignes directrices sur la coordination des soins ainsi que sur les soins palliatifs à l'échelle provinciale afin d'offrir des services axés sur les clients dans ces régions. De plus, des projets pilotes en pharmacie ayant trait à la prestation des services de soins à domicile et à l'intervention rapide en matière de soins à domicile sont des initiatives continues. Ces projets sont situés dans quatre services d'urgence des hôpitaux régionaux.

À l'heure actuelle, environ 61 pour cent des clients qui ont reçu des services du Programme extra-mural sont âgés de plus de 65 ans (de 65 à 74 ans – 14 pour cent, de 75 à 84 ans – 21 pour cent et plus de 85 ans – 26 pour cent). Les enfants et les adolescents (de 0 à 18 ans) représentent 17 pour cent des clients recevant des services et les adultes (de 19 à 64 ans) constituent 22 pour cent des clients. Les besoins des enfants et des adolescents en matière de services ont trait principalement à la réadaptation en milieu scolaire ou à la maison. Des services de réadaptation sont également offerts aux résidents des foyers de soins. L'oxygénothérapie est offerte à environ six pour cent des cas du Programme extra-mural à l'échelle provinciale.

Le Programme extra-mural emploie plus de 700 équivalents temps plein financés dans la province. En 2007-2008, 19 250 clients ont obtenu leur congé du Programme extra-mural. Le nombre de visites a atteint 436 064 (304 013 visites par des infirmières, 87 835 visites par le service de réadaptation et 44 216 visites par d'autres services cliniques) et 150 306 appels téléphoniques ont été effectués (prestation de services cliniques aux clients et aux familles par téléphone). On a signalé environ 25,9 congés du programme pour 1 000 habitants.

New Brunswick Extra-Mural Program

		2004–05	2005–06	2006–07	2007-08*
Rehabilitation Services**	Visits	88,015	88,774	88,813	87,835
	Telephone Contacts***	28,290	27,704	26,970	29,444
Nursing Services	Visits	289,337	307,077	305,105	304,013
	Telephone Contacts***	92,634	104,258	101,890	101,728
Other Clinical Services ****	Visits	43,318	43,860	42,599	44,216
	Telephone Contacts***	15,246	16,623	16,499	19,134
Grand Total		556,840	588,296	581,876	586,370
FTE's		645	682	693	701
Discharges		17,278	19,008	18,393	19,411
Gross Expenditures ($M)		$50	$55	$61	$63
Average Cost / Visits		$118.86	$125.08	$139.74	$144.47
Average Cost / Discharges		$2,894	$2,894	$3,316	$3,246

* Preliminary Data
** Telephone contacts are clinical services provided over the phone to the clients and families.
*** Rehab – includes the following professionals; occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.
**** Other – includes the following professionals; social work, registered dietician, respiratory therapy.
Source: Hospital Financial Utilization Management System (HFUMS) and EMP Information System (PtCT)

Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick

		2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008*
Services de réadaptation**	Consultations	88 015	88 774	88 813	87 835
	Appels téléphoniques***	28 290	27 704	26 970	29 444
Services infirmiers	Consultations	289 337	307 077	305 105	304 013
	Appels téléphoniques***	92 634	104 258	101 890	101 728
Autres services cliniques **	Consultations	43 318	43 860	42 599	44 216
	Appels téléphoniques***	15 246	16 623	16 499	19 134
Total général		556 840	588 296	581 876	586 370
ETP		645	682	693	701
Congés		17 278	19 008	18 393	19 411
Dépenses brutes (en M$)		50 $	55 $	61 $	63 $
Coût moyen par consultation		118,86 $	125,08 $	139,74 $	144,47 $
Coût moyen par congé		2 894 $	2 894 $	3 316 $	3 246 $

* Données préliminaires
** Les appels téléphoniques sont des services cliniques dispensés par téléphone aux clients et à leur famille.
*** Services de réadaptation – comprend les services professionnels suivants : ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.
**** Autres services cliniques – comprend les services professionnels suivants : travailleur social, diététiste, inhalothérapeute.
Source : Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU) et système d'information sur le Programme extra-mural (PtCT)

Rehabilitation Services

Rehabilitation services provide opportunities for New Brunswickers to prevent or adapt to loss of function, and/or restore function, in order to foster well-being, social integration and optimal independence. These services are delivered throughout New Brunswick by audiologists, occupational therapists, physiotherapists, and speech language pathologists.

Services de réadaptation

Les services de réadaptation offrent à la population du Nouveau-Brunswick des occasions de prévenir ou d'éliminer la perte de fonction ou de s'y adapter afin de favoriser le mieux-être, l'intégration sociale et l'indépendance optimale. Les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick comprennent les services dispensés par des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes.

Rehabilitation services are offered in a variety of settings and are delivered following a client-centered philosophy of service delivery. Services are provided by the Stan Cassidy Centre for Rehabilitation, which is the provincial tertiary rehabilitation centre; through all Regional Health Authorities via in-patient and outpatient services; and in the home and community by the New Brunswick Extra-Mural Program.

Hospital Rehabilitation Services 2007-08

	Attendances	Telephone Contacts[1]
Audiology	23,602	2,113
Occupational Therapy	109,943	2,976
Physiotherapy	298,548	4,084
Speech Language Pathology	35,001	3,892

[1] Telephone Contact is service to clients over the telephone

Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

Stan Cassidy Centre for Rehabilitation 2007-08

	Attendances	Telephone Contacts[1]
Occupational Therapy	5,028	647
Physiotherapy	6,639	390
Speech Language Pathology	1,080	126

[1] Telephone Contact is service to clients over the telephone

Source: Preliminary statistics from the Hospital Finance Utilization Management System

Capital Equipment

A variety of Capital Equipment acquisitions totaling $10 million were made in fiscal 2007-08 for program enhancements and to replace aging equipment in the hospital system. The most notable major capital equipment acquisitions included the following:

- A new digital fluoroscopy unit for the Dr. Georges L. Dumont Regional Hospital;
- A new Dictation and Transcription system for the Moncton Hospital;
- A new Urology Table and a new Sterilization Cart Washer for St. Joseph's Hospital in Saint John
- Automated microbiology equipment, a Surgical Microscope, and a Vascular Ultrasound for the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital;
- A new Digital Fluoroscopy Unit with Angiography for the Edmundston Regional Hospital;
- A new Food Service Tray System at the Restigouche Hospital;
- A Digital Fluoroscopy Unit for the Caraquet Community Health Centre;
- A new Steam Sterilizer for the Miramichi Regional Hospital; and
- Electrophysiology Mapping Equipment for the NB Heart Centre in Saint John.

Les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux et sont dispensés selon une philosophie de service axé sur le client. Ils sont offerts par le centre de réadaptation tertiaire provincial Stan Cassidy à toutes les régies régionales de la santé, par l'entremise des services aux patients hospitalisés et externes. Ce programme est également offert à domicile et dans la collectivité par le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick.

Services hospitaliers de réadaptation 2007-2008

	Présences	Appels téléphoniques[1]
Audiologie	23 602	2 113
Ergothérapie	109 943	2 976
Physiothérapie	298 548	4 084
Orthophonie	35 001	3 892

[1] Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

Centre de réadaptation Stan Cassidy 2007-2008

	Présences	Appels téléphoniques[1]
Ergothérapie	5 028	647
Physiothérapie	6 639	390
Orthophonie	1 080	126

[1] Les appels téléphoniques sont des services dispensés par téléphone aux clients.

Source : Données préliminaires du Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière.

Biens d'équipement

Diverses acquisitions de biens d'équipement d'une valeur totale de 10 millions de dollars ont été effectuées en 2007-2008 afin de remplacer l'équipement vieillissant du réseau hospitalier. Les acquisitions de biens d'équipement les plus importantes comprennent :

- un nouvel appareil de fluoroscopie numérique pour l'hôpital régional Dr Georges-L. Dumont;
- un nouveau système à dicter et à transcrire pour le Moncton Hospital;
- une nouvelle table d'urologie et une nouvelle laveuse de chariots de stérilisation pour l'hôpital St. Joseph's à Saint John;
- un appareil de microbiologie automatisé, un microscope chirurgical et un appareil à ultrasons vasculaire pour l'hôpital régional Dr Everett Chalmers;
- un nouvel appareil de fluoroscopie numérique avec angiographie pour l'hôpital régional d'Edmundston;
- un nouveau système de plateau pour services d'alimentation au Centre hospitalier Restigouche;
- un nouvel appareil de fluoroscopie numérique pour le Centre de santé communautaire de Caraquet;
- un nouveau stérilisateur à vapeur pour l'hôpital régional de Miramichi;
- un appareil de cartographie d'électrophysiologie pour le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à Saint John.

Capital Construction

Construction of the major $47.5 million expansion at the Moncton Hospital to accommodate a new emergency department, ambulatory care services and laboratory continued during 2007-08. It is expected that construction will be completed in September 2008.

Construction of the new $85 million hospital in Waterville to serve the Upper St. John River Valley was completed in November 2007. Patients from the Bath and Woodstock hospitals were moved into the new hospital on November 18, 2007.

Construction of the $14 million surgical services addition at the Chaleur Regional Hospital in Bathurst continued during 2007-08. The addition is planned to be completed and operational in August 2008.

Planning and design of the emergency department addition at the Saint John Regional Hospital was initiated in 2007-08. Site preparation work started in June 2008 and construction of the emergency department is expected to be completed during the summer of 2010.

Planning and design of the renovations at the Dr. Georges L. Dumont Regional Hospital to integrate clinical training requirements for the medical students enrolled in the francophone medical school in Moncton was initiated during 2007-08. Renovations started in June 2008 and are expected to be completed in the fall of 2009.

Construction of the MRI addition at the Dr. Everett Chalmers Regional Hospital was completed in October 2007. The new MRI unit became operational in November 2007.

Renovations started in September 2007 at the Restigouche Hospital Centre in Campbellton to accommodate a larger 20-bed forensic care unit. Renovations were completed in June 2008 and the new unit opened in July 2008.

A variety of infrastructure upgrading projects (i.e., roof replacements, upgrading mechanical and electrical systems) were completed throughout the year at various hospitals.

New Brunswick Cancer Network (NBCN)

The New Brunswick Cancer Network (NBCN) is responsible for the development and implementation of an evidence-based provincial strategy for all elements of cancer care, including prevention, screening, treatment, follow-up care, palliative care, education, and research. The goal of the NBCN is to decrease the incidence, morbidity, and mortality of cancer among New Brunswick residents through cost-effective planning, delivery and evaluation of cancer services.

In 2007-08, the organization and function of the NBCN continued to grow as a result of the successful

Projets d'immobilisations

Les importants travaux d'agrandissement du Moncton Hospital, évalués à 47,5 millions de dollars, se sont poursuivis en 2007-2008. Ils permettront de loger un nouveau service d'urgence, des services de soins ambulatoires et un laboratoire. On prévoit leur achèvement en septembre 2008.

La construction d'un nouvel hôpital à Waterville, évalué à 85 millions de dollars, desservira la Vallée du Haut-Saint-Jean. Les travaux ont été terminés en novembre 2007. Les patients des hôpitaux de Bath et de Woodstock ont déménagé dans le nouvel hôpital le 18 novembre 2007.

Les travaux d'agrandissement de l'hôpital régional Chaleur de Bathurst évalués à 14 millions de dollars pour l'ajout des services de chirurgie se sont poursuivis en 2007-2008. L'agrandissement devrait être terminé et fonctionnel en août 2008.

Les travaux de planification et de conception d'une annexe au service d'urgence de l'hôpital régional de Saint John ont démarré en 2007-2008. Les travaux de préparation du terrain ont commencé en juin 2008 et l'achèvement de la construction du service d'urgence est prévu pour l'été 2010.

La planification et la conception des travaux de rénovation à l'hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont pour intégrer les besoins de formation clinique des étudiants de médecine inscrits à l'école de médecine francophone à Moncton ont démarré en 2007-2008. Les rénovations ont commencé en juin 2008 et doivent se terminer à l'automne 2009.

Les travaux de construction pour l'ajout d'un nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) à l'hôpital régional Dr Everett Chalmers se sont terminés en octobre 2007. Le nouvel appareil d'IRM est entré en fonction en novembre 2007.

Les rénovations ont commencé en septembre 2007 au Centre hospitalier Restigouche à Campbellton pour abriter une plus grande unité de soins médico-légaux comportant 20 lits. Les travaux de rénovation se sont terminés en juin 2008 et la nouvelle unité est ouverte depuis juillet 2008.

Divers projets d'amélioration des infrastructures (p. ex. remplacement de la toiture, amélioration des systèmes mécaniques et électriques, etc.) ont également été réalisés au cours de l'année dans divers hôpitaux.

Réseau Cancer Nouveau-Brunswick

Le Réseau Cancer Nouveau-Brunswick est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie provinciale basée sur les faits pour tous les éléments des soins ayant trait au cancer, y compris la prévention, le dépistage, le traitement, le suivi, les soins palliatifs, la sensibilisation et la recherche. Le réseau a pour but de réduire l'incidence du cancer ainsi que la morbidité et la mortalité liées au cancer chez les résidents du Nouveau-Brunswick grâce à la planification, à la prestation et à l'évaluation efficientes des services de lutte contre le cancer.

En 2007-2008, l'organisation et la fonction du réseau se sont développées à la suite du recrutement d'un personnel

recruitment of key staff positions and the continuation of strategic planning processes.

The network worked on a number of key strategies in 2007-08 to improve cancer care in New Brunswick. A key priority of NBCN in its efforts to reduce the burden of cancer in the province is the enhancement and establishment of cancer prevention and screening programs. In this regard, major announcements were made as part of the Provincial Health Plan. A comprehensive provincial Cervical Cancer Prevention and Screening program was announced in January 2008, consisting of an HPV Immunization program (through Public Health) and a Cervical Cancer Screening program (through NBCN). Planning for the implementation of a Cervical Cancer Screening program commenced in March 2008. The Provincial Health Plan also committed NBCN to evaluate approaches to integrating provincial cancer screening programs for breast, cervical and colorectal cancer. NBCN began an evaluation of the existing New Breast Breast Cancer Screening program in March 2008 with recommendations expected which will enhance this successful program.

NBCN continued to work with RHAs in northern regions of the province with respect to satellite chemotherapy clinics – the three new clinics (Caraquet, Campbellton and Bathurst) which were announced in February 2007 and an enhancement to chemotherapy services in RHA 7, announced in August 2007. Providing cancer services closer to home was identified as a priority and cancer patients from these areas are now receiving chemotherapy services within their respective health region.

The New Brunswick Provincial Cancer Registry came under NBCN in January 2008, from the former Provincial Epidemiology Service (PES). Information systems at the registry were updated and enhanced during the year to collect standardized patient, tumour, collaborative stage and treatment information. NBCN also reviewed and improved the process for the handling of requests for the release of cancer information especially in light of privacy legislation and the New Brunswick government's move towards the development of new personal health information. NBCN also began the process of evaluating the concept of synoptic reporting for cancer surgery and pathology, to assist with timeliness and completeness for the reporting of cancer staging (extent of disease at diagnosis) information province-wide.

The transfer of epidemiology staff positions to NBCN from the former Provincial Epidemiology Service in January 2008 enabled NBCN to begin building a capability in cancer epidemiology.

NBCN coordinated the first ever provincial pediatric oncology meeting, involving key health professionals and stakeholders. To address an expressed need in pediatric oncology, the new Provincial Health Plan included the establishment of pediatric patient navigators in New Brunswick to help patients and families manage through the health care system as

clé désigné et du maintien des processus de planification stratégique.

En 2007-2008, le réseau a travaillé à des stratégies clés visant à améliorer les soins pour le cancer au Nouveau-Brunswick. La priorité principale du Réseau Cancer Nouveau-Brunswick dans ses tentatives de réduire le fardeau du cancer dans la province consiste à établir des programmes de dépistage et de prévention du cancer et à les améliorer. À cet égard, des annonces importantes ont été effectuées dans le cadre du Plan provincial de la santé. Un programme provincial complet de dépistage et de prévention du cancer du col utérin a été annoncé en janvier 2008. Il comporte un programme d'immunisation contre le virus du papillome humain (VPH) (par l'entremise de la Santé publique) ainsi qu'un programme de dépistage du cancer du col utérin (par l'intermédiaire du réseau). La planification de la mise en œuvre du programme de dépistage du cancer du col utérin a commencé en mars 2008. Le Plan provincial de la santé a aussi pris des mesures pour que le réseau évalue les approches afin d'intégrer les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein, du col utérin et colorectal. Le réseau a commencé l'évaluation du nouveau programme de dépistage du cancer du sein en mars 2008 accompagnée de recommandations qui amélioreront ce programme fructueux.

Le Réseau Cancer Nouveau-Brunswick a continué de travailler avec les régies régionales de la santé dans les régions nord de la province en ce qui concerne les cliniques de chimiothérapie satellites – les trois nouvelles cliniques (Caraquet, Campbellton et Bathurst) qui ont été annoncées en février 2007 ainsi qu'une amélioration aux services de chimiothérapie dans la RRS 7, annoncée en août 2007. Le fait d'offrir des services de lutte contre le cancer à proximité du domicile a été établi comme prioritaire et les patients atteints de cancer provenant de ces régions reçoivent maintenant des services de chimiothérapie dans leur région sanitaire respective.

Le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick relève du réseau depuis janvier 2008. Il était auparavant sous la direction de l'ancien Service provincial d'épidémiologie. Les systèmes d'information du Registre ont été mis à jour et améliorés durant l'année pour recueillir l'information normalisée sur le patient, la tumeur, l'étape de collaboration et le traitement. Le réseau a aussi examiné et amélioré le processus de traitement des demandes de publication de l'information concernant le cancer, surtout à la lumière de la législation en matière de protection de la vie privée et de l'initiative du gouvernement du Nouveau-Brunswick d'aller vers l'établissement d'un nouveau dossier de renseignements personnels sur la santé. Le réseau a aussi commencé le processus d'évaluation du concept de rapports synoptiques en cas de chirurgie et de pathologie liées au cancer afin de favoriser l'opportunité et l'exhaustivité des rapports sur la détermination du stade du cancer (l'étendue de la maladie au moment du diagnostic) à l'échelle provinciale.

Le transfert des postes du personnel en épidémiologie au réseau en provenance de l'ancien Service provincial d'épidémiologie en janvier 2008 a permis au réseau de renforcer sa capacité en épidémiologie du cancer.

Le Réseau Cancer Nouveau-Brunswick a assuré la coordination de la première réunion provinciale jamais tenue sur l'oncologie pédiatrique, regroupant des professionnels de la santé et des intervenants clés. Pour combler un besoin manifeste en oncologie pédiatrique, le nouveau Plan provincial de la santé a inclus l'établissement d'intervenants pivots en oncologie pédiatrique au Nouveau-Brunswick

easily and expeditiously as possible. The PHP also included the establishment of adult cancer patient navigators.

The NBCN was involved in the development and monitoring of guidelines for the implementation of PET-CT services in the province.

A new web page for NBCN was officially launched in June 2007.

The NBCN participated on various provincial, regional and national oncology initiatives, such as committees, networks, working groups and meetings, to ensure input into policy and the development of cancer strategies across the country, such as the Canadian Partnership Against Cancer; Canadian Breast Cancer Screening Initiative; the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies; and the Atlantic Provinces Pediatric Hematology and Oncology Network. The NBCN was also engaged with cancer stakeholders through meetings facilitated by the New Brunswick Division of the Canadian Cancer Society. NBCN met with New Brunswick Hospice Palliative Care Association regarding issues and challenges with palliative care in the province. NBCN continued its active involvement with the New Brunswick Surgical Care Network. As well, the provincial MIS Medical Oncology and Radiation Oncology Professional Advisory Groups were active in 2007, under the chairmanship of NBCN staff.

NBCN continued its involvement in the Joint Oncology Drug Review, a national process for the review and recommendation of new cancer drugs expected to streamline decision-making for provincial funding recommendations for these drugs.

In 2007-08, the NBCN was actively involved in ensuring that New Brunswick meets or exceeds nationally recognized benchmarks related to access to cancer services and wait times:

Wait time benchmark in radiation therapy *(patients to receive radiation therapy within four weeks of being ready to treat)*: A system was implemented in 2006-07 for reporting wait times to NBCN by both tertiary centres in New Brunswick (RHA 1B and RHA 2). In 2007-08, on average 91 per cent of New Brunswick patients received radiation therapy within four weeks (see Figure 1). Also, the wait time in radiation therapy was reported publicly via the new NBCN web page. In collaboration with the two RHAs, NBCN continued its work during the year towards the acquisition of linear accelerators to meet the patient wait time guarantee in radiation therapy, which was announced in March 2007 and will be implemented in 2010.

Cervical cancer screening benchmark *(cervical cancer screening for women aged 18 to 69 every three years after two normal tests)*: Although New Brunswick did not have a provincial screening program, opportunistic PAP screening does occur

afin d'aider les patients et les familles à naviguer dans le système de soins de santé aussi facilement et promptement que possible. Le Plan provincial de la santé a aussi inclus l'établissement des intervenants pivots en oncologie pour patients adultes.

Le réseau a aussi participé à l'élaboration et à la surveillance des lignes directrices sur la mise en œuvre des services TEP-CT dans la province.

Une nouvelle page Web pour le réseau a été officiellement lancé en juin 2007.

Le réseau a participé à divers projets provinciaux, régionaux et nationaux en matière d'oncologie, notamment à des comités, à des réseaux, à des groupes de travail et à des réunions, et a fourni des commentaires sur la politique et l'élaboration de stratégies relatives au cancer au pays, comme le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), l'Initiative canadienne de dépistage du cancer du sein, l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (ACOPLC) et le Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces atlantiques (ROHPPA). Le réseau a aussi amorcé un dialogue avec les intervenants dans le cadre de réunions organisées par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer. Le réseau a rencontré la New Brunswick Hospice Palliative Care Association au sujet des enjeux et des défis caractérisant les soins palliatifs dans la province. Le réseau a poursuivi sa participation active auprès du Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick. De plus, les groupes consultatifs professionnels du SIG sur l'oncologie médicale et la radiothérapie à l'échelle provinciale ont été actifs en 2007, sous la présidence du personnel du réseau.

Le réseau a poursuivi sa participation à l'Examen conjoint de médicaments oncologiques (ECMO), un processus national d'examen et de recommandation des nouveaux médicaments oncologiques qui devrait rationaliser la prise de décisions sur les recommandations de financement provincial pour ces médicaments.

En 2007-2008, le Réseau Cancer Nouveau-Brunswick a vu activement à ce que le Nouveau-Brunswick satisfasse ou dépasse les points de référence reconnus à l'échelle nationale pour l'accès aux services de lutte contre le cancer et les délais d'attente.

Point de référence pour le délai d'attente en radiothérapie *(patients devant suivre une radiothérapie dans un délai de quatre semaines à partir du moment où ils sont prêts à recevoir un traitement)* : En 2006-2007, un système a été établi afin de permettre aux deux centres tertiaires au Nouveau-Brunswick (RRS 1B et 2) de signaler les délais d'attente au réseau. En 2007-2008, 91 pour cent des patients au Nouveau-Brunswick, en moyenne, ont suivi une radiothérapie en moins de quatre semaines (voir figure 1). De plus, on s'est aussi engagé à rendre public le délai d'attente en radiothérapie sur la nouvelle page Web du réseau. En collaboration avec les deux régies, le réseau a continué son travail au cours de l'année en vue de l'acquisition d'accélérateurs linéaires afin de respecter la garantie du délai d'attente du patient en radiothérapie, laquelle a été annoncée en mars 2007 et sera mise en œuvre en 2010.

Point de référence du dépistage du cancer du col de l'utérus *(chez les femmes âgées de 18 à 69 ans tous les trois ans après deux tests normaux)* : même si le Nouveau-Brunswick ne possédait pas un programme provincial de dépistage, le dépistage opportuniste par test

through the New Brunswick health care system. Data from the Canadian Community Health Survey, 2005 (Statistics Canada), shows that approximately 77 per cent of New Brunswick women in the 18-69 age group reported having had a Pap smear within the last three years. The NBCN is working on developing a population-based cervical cancer screening program, as announced in January 2008.

Figure 1

Month	Percentage of Patients Receiving Therapy Within Four Weeks of Being Ready to Treat
April 2007	98
May 2007	97
June 2007	95
July 2007	100
August 2007	96
September 2007	94
October 2007	91
November 2007	93
December 2007	83
January 2008	70.3
February 2008	85.9
March 2008	85.1
Provincial Average	**91**

Breast cancer screening benchmark *(70 per cent participation rate in breast cancer screening for women aged 50 to 69 every two years)*: New Brunswick has a population-based screening program (New Brunswick Breast Cancer Screening Services) for this target age group, which is under the direction of the NBCN. The two-year provincial average participation rate for women between the ages of 50 to 69 years from April 1, 2005 to March 31, 2007 was 54.5 per cent (see Figure 2).

Figure 2 - New Brunswick Breast Cancer Screening Service - Biennial Participation rate in women 50 to 69 years - Fiscal years 2005-06 and 2006-07

Region	Number of women screened	Number of women in target population	Participation rate
1 **Moncton**	13,808	23,066	59.86%
1B	*5,266*		
1SE	*8,542*		
2 **Saint John**	9,182	20,291	45.25%
3 **Fredericton**	11,429	19,063	59.95%
4 **Edmunston**	3,691	6,478	56.97%
5 **Campbellton**	2,146	3,907	54.93%
6 **Bathurst**	4,502	11,018	40.86%
7 **Miramichi**	4,195	5,762	72.81%
NB	**48,953**	**89,586**	**54.64%**

Source – NB Cancer Network using Breast Cancer Screening Service Database and Medicare resident registry.

de Papanicolaou est effectué dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 (Statistique Canada), environ 77 pour cent des femmes du Nouveau-Brunswick du groupe d'âge de 18 à 69 ans ont indiqué avoir passé un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années. Le réseau travaille à l'élaboration d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de la population, comme il a été annoncé en janvier 2008.

Figure 1

Mois	Pourcentage des patients recevant une thérapie dans les quatre semaines suivant le moment où ils sont prêts à recevoir un traitement
Avril 2007	98
Mai 2007	97
Juin 2007	95
Juillet 2007	100
Août 2007	96
Septembre 2007	94
Octobre 2007	91
Novembre 2007	93
Décembre 2007	83
Janvier 2008	70,3
Février 2008	85,9
Mars 2008	85,1
Moyenne provinciale	**91**

Point de référence de dépistage du cancer du sein *(taux de participation de 70 pour cent du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans)* : Le Nouveau-Brunswick offre un programme de dépistage basé sur la population (Services de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick) pour ce groupe d'âge ciblé, qui relève du réseau. Le taux préliminaire moyen provincial de participation tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans du 1er avril 2005 au 31 mars 2007 s'établit à 54,5 pour cent (voir figure 2).

Figure 2 - Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick - Taux de participation biennal chez les femmes de 50 à 69 ans - Années financières 2005-2006 et 2006-2007

Région	Nombre de femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Nombre de femmes dans la population cible	Taux de participation
1 **Moncton**	13 808	23 066	59,86 %
1B	*5 266*		
1SE	*8 542*		
2 **Saint John**	9 182	20 291	45,25 %
3 **Fredericton**	11 429	19 063	59,95 %
4 **Edmundston**	3 691	6 478	56,97 %
5 **Campbellton**	2 146	3 907	54,93 %
6 **Bathurst**	4 502	11 018	40,86 %
7 **Miramichi**	4 195	5 762	72,81 %
Total pour le N.-B.	**48 953**	**89 586**	**54,64 %**

Source – Réseau Cancer Nouveau-Brunswick (RCNB), à l'aide de la base de données sur le dépistage du cancer du sein et du registre des résidents pour l'Assurance-maladie.

New Brunswick Breast Cancer Screening Services

The New Brunswick Breast Cancer Screening Services (NB BCSS) is a provincial program that provides screening mammography every two years to women between the ages of 50 and 69 years and by physician referral for women outside this age range. Screening mammography is offered at 16 sites throughout the province. The operation of the NB BCSS is a shared responsibility between the Department of Health (under the New Brunswick Cancer Network) and the Regional Health Authorities.

The 'Health Indicators – 2007' report by the Canadian Institute for Health Information showed that New Brunswick led the country for the number of women who reported a screening mammogram during 2003-2005, with a 54.8 per cent participation rate. While encouraged by the positive results, the NBCN continues to strive for the NB BCSS to achieve the benchmark goal of a 70 per cent, two-year participation rate for women 50 to 69 years of age. Attaining this goal is expected to reduce the mortality from breast cancer by approximately 30 per cent. Recommendations from the evaluation of the NB BCSS will be focused to realize the 70 per cent benchmark goal.

Addiction Services

Addiction Services are delivered through seven Regional Health Authorities throughout the province and provide prevention and treatment services from each centre. The overall goal of the Addictions Services delivery model in New Brunswick is to reduce the human and economic costs of substance abuse and gambling by intervening with individuals, families, employers and community partners.

To provide New Brunswickers with a safe environment to withdraw from alcohol, drugs and/or gambling, in-patient detoxification is provided within all health regions. Within the fiscal year, a total of 2,234 individuals accessed detoxification services.

Persons who have achieved a detoxified state may access short-term rehabilitation services, which provide group therapy, education, stress management and self-awareness sessions within an in-patient, therapeutic environment. This program is three to four weeks in duration and is offered in Region 2 (English) and 5 (bilingual); 160 individuals accessed these services in 2007-08.

Long term rehabilitation services for men are offered at Lonewater Farm within Region 2. This work-based residential program is normally accessed for a three- to six-month period, depending on client need. This program served 118 individuals within the fiscal year.

The Departments of Health, Public Safety and Education have partnered with Portage Atlantic to provide services for youth who need intense

Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick

Le Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick est un programme provincial qui offre des mammographies de dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans et sur recommandation d'un médecin pour les femmes en dehors de cette plage d'âge. La mammographie de dépistage est offerte dans seize établissements de la province. Le fonctionnement du Service de dépistage est une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (sous l'autorité du Réseau Cancer Nouveau-Brunswick) et les régies régionales de la santé.

Le rapport intitulé Indicateurs de la santé pour 2007 publié par l'Institut canadien d'information sur la santé montre que le Nouveau-Brunswick obtient la première place en ce qui a trait au nombre de femmes qui ont déclaré avoir subi une mammographie de dépistage au cours de la période 2003 à 2005, le taux de participation étant de 54,8 pour cent. Malgré les résultats positifs encourageants, le réseau continue de vouloir atteindre l'objectif à long terme du Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick, qui est d'accroître le taux de participation tous les deux ans à 70 pour cent pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, ce qui devrait réduire la mortalité causée par le cancer du sein d'environ 30 pour cent. Les recommandations de l'évaluation du Service de dépistage du cancer du sein du Nouveau-Brunswick viseront à atteindre l'objectif de 70 pour cent.

Services de traitement des dépendances

Les services de traitement des dépendances sont offerts par l'entremise de sept régies régionales de la santé dans l'ensemble de la province. Chaque centre offre également des services de prévention et de traitement. L'objectif général du modèle de prestation des services de traitement des dépendances au Nouveau-Brunswick vise à réduire les coûts humains et économiques de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et des dépendances au jeu, en intervenant auprès des particuliers, des familles, des employeurs et des partenaires communautaires.

Afin d'offrir aux gens du Nouveau-Brunswick un milieu sûr pour le sevrage de l'alcool, des drogues ou du jeu, un service de désintoxication aux clients admis est fourni dans toutes les régions sanitaires. Au cours de l'exercice financier, au total, 2 234 personnes ont accédé aux services de désintoxication.

Les personnes qui sont désintoxiquées peuvent accéder à des services de réadaptation à court terme, qui offrent des séances de thérapie de groupe, d'éducation, de gestion du stress et d'autosensibilisation dans un milieu thérapeutique pour les clients admis. Ce programme est d'une durée de trois à quatre semaines et est offert dans la Région 2 (en anglais) et la Région 5 (bilingue); 160 personnes se sont prévalues de ces services en 2007-2008.

Les services de réadaptation de longue durée pour les hommes sont offerts à Lonewater Farm dans la Région 2. Ce programme résidentiel axé sur le travail est offert habituellement pour une période de trois à six mois, selon les besoins du client. Ce programme a servi 118 personnes au cours de l'exercice financier.

Les ministères de la Santé, de la Sécurité publique et de l'Éducation ont créé un partenariat avec Portage Atlantic pour offrir des services aux jeunes qui ont besoin d'un traitement

in-patient treatment. Portage Atlantic, a not-for-profit organization, operates a long term residential adolescent treatment facility for youth aged 14-21. Clients enter the facility after being referred though Addiction Services or, within Public Safety, Probation Services. There were 36 new admissions and three readmissions to the Portage facility in 2007-08.

For clients not requiring admission, each region provides outpatient services, including assessments, consultations and counseling. In 2007-08, 1,390 persons aged 19 years or less and 2,590 persons over the age of 19 received outpatient counseling.

Four methadone clinics provided medical treatment and psycho-social counseling services to 914 distinct individuals in 2007-08. The following is a breakdown of persons served:

- Region 1 served 248 people
- Region 2 served 269 people
- Region 3 served 222 people
- Region 7 served 240 people

Generally, some of the activities of note within the fiscal year include:

- The second annual combined conference on addictions and mental health, which was held in Moncton.
- A media campaign using television, radio, and newspaper advertising was undertaken to promote the awareness of help available for gambling addictions.
- A coordinator for "Health, Education and Enforcement in Partnership" continued work to sustain existing partnerships and to foster new ones for community-based initiatives that target youth.

intense en établissement. Portage Atlantic, un organisme sans but lucratif, gère un établissement résidentiel de traitement des adolescents de longue durée pour les jeunes âgés de 14 à 21 ans. Les clients entrent à l'établissement après y avoir été dirigés par les Services de traitement des dépendances, ou par les services de probation de la Sécurité publique. En 2007-2008, 36 nouveaux cas ont été admis et trois cas ont été réadmis à l'établissement de Portage.

Pour les clients qui n'ont pas besoin d'être admis, chaque région offre des services externes, y compris des évaluations, des consultations et du counseling. En 2007-2008, 1 390 personnes âgées de 19 ans ou moins et 2 590 personnes âgées de plus de 19 ans ont reçu des services de counseling en consultation externe.

Quatre cliniques de méthadone ont offert des traitements médicaux et des services de counseling psychosociaux à 914 participants distincts en 2007-2008. Voici une répartition de ces clients :

- La région 1 a servi 248 personnes
- La région 2 a servi 269 personnes
- La région 3 a servi 222 personnes
- La région 7 a servi 240 personnes

Voici certaines activités de l'exercice financier :

- La deuxième conférence annuelle mixte sur le traitement des dépendances et la santé mentale qui a eu lieu à Moncton.
- Une campagne dans les médias comprenant des messages à la radio, à la télévision et dans les journaux pour accroître la sensibilisation à l'aide qui est disponible pour les dépendances au jeu.
- Un coordonnateur du programme Santé, éducation et services de police en partenariat (SEP) a continué à travailler au maintien des partenariats existants et à la création de nouveaux partenariats dans le cadre des initiatives communautaires axées sur les jeunes.

Community Mental Health Centres

The regional health authorities are responsible for delivering community-based mental health services. The services are delivered through Community Mental Health Centres (CMHCs), which are a key component in the mental health service delivery system in New Brunswick. The CMHCs provide a variety of prevention, intervention, and post-vention services for New Brunswickers. Community mental health services are accessed through 14 CMHCs and other service points located throughout the province. The CMHCs are open from Monday to Friday, 8:30 a.m. to 5 p.m. In addition, crisis intervention services are available in the evening and on weekends throughout the province.

Community mental health services are available to all New Brunswickers, either through referrals by a doctor, through self-initiated visits to the CMHCs, or referral by another organization or government department (i.e. hospital, court, Social Development etc.). In the 2007-08 fiscal year, there were 14,235 new referrals, of which 39 per cent were either self-referral or referral by a parent and 32 per cent were referral from a general practitioner or physician specialist.

CMHC programs target three key client groups: children and adolescents, adults with short-term needs, and adults with long-term needs. In the 2007-08 fiscal year, a total of 26,076 distinct individuals were served by Community Mental Health Centres for screening, assessment, treatment or follow-up in the three core programs; child and adolescent, acute, and long term. This represents 33.7 individuals for every 1,000 population.

In-Patient Psychiatric Care

Each of the eight regional hospital facilities includes a psychiatric unit that provides in-patient and day hospital services for voluntary and involuntary patients suffering from acute psychiatric disorders. They provide 24-hour emergency and consultation services to patients referred by physicians and Community Mental Health Centres; consultation/ liaison to other hospital medical and surgical units; and mental health education to a range of hospital clinical staff and other professionals. In the 2007-08 fiscal year, patients stayed in the psychiatric units for a total of 48,031 days (in-patient days).

The Child and Adolescent Psychiatric Unit (CAPU), a provincial six-bed tertiary resource located in the Moncton Hospital, provides in-patient care and outreach services to children and adolescents who need serious psychiatric treatment. In the 2007-08 fiscal year, this unit had 1,067 in-patient days.

Centres de santé mentale communautaires

La prestation des services de santé mentale communautaires relève des régies régionales de la santé. Les services sont offerts par l'entremise des centres de santé mentale communautaires qui constituent une composante essentielle du réseau de prestation des services de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Les centres de santé mentale communautaires offrent toute une gamme de services de prévention, d'intervention et de postvention à la population néo-brunswickoise. Les services communautaires de santé mentale sont offerts par l'entremise de quatorze centres de santé mentale communautaires et d'autres points de service répartis dans l'ensemble de la province. Les centres de santé mentale communautaires offrent des services du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h. En outre, des services d'intervention pour les situations de crise sont disponibles le soir et les fins de semaine dans toute la province.

Les services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les Néo-Brunswickois par l'entremise de l'aiguillage par un médecin, par des visites personnelles à un centre de santé mentale communautaire ou par l'aiguillage par un autre organisme ou un ministère du gouvernement (p. ex. un hôpital, la cour, Développement social, etc.). En 2007-2008, on a enregistré 14 235 nouveaux patients dirigés, dont 39 pour cent autodirigés ou dirigés par un parent et 32 pour cent dirigés par un omnipraticien ou un spécialiste.

Les programmes des centres de santé mentale communautaires ciblent trois groupes précis de clients : les enfants et les adolescents, les adultes ayant des besoins à court terme et les adultes nécessitant des services à long terme. Au cours de l'exercice financier 2007-2008, 26 076 personnes ont reçu, des centres de santé mentale communautaires, des services d'évaluation, de traitement ou de suivi dans le cadre des trois programmes de base : services d'intervention immédiate, services aux enfants et aux adolescents et services de courte et de longue durée. Cela représente 33,7 personnes par 1 000 habitants.

Soins psychiatriques aux patients hospitalisés

Chacun des huit hôpitaux régionaux est doté d'une unité psychiatrique qui fournit des soins aux patients hospitalisés et des soins de jour aux patients atteints de troubles psychiatriques aigus, qu'ils soient en placement volontaire ou non. On y offre des soins d'urgence 24 heures par jour et des services de consultation pour les patients dirigés par les médecins et les intervenants des centres de santé mentale communautaires, des services de consultation et de liaison à l'intention des unités de médecine générale et de chirurgie, ainsi que des séances de formation sur la santé mentale à l'intention des différents membres du personnel clinique hospitalier et d'autres professionnels. En 2007-2008, les patients sont demeurés dans les unités psychiatriques pour une période totale de 48 031 jours-patients hospitalisés.

L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents, un service tertiaire provincial de six lits situé au Moncton Hospital, fournit des soins hospitaliers et ambulatoires aux enfants et aux adolescents ayant un besoin urgent de soins psychiatriques. Au cours de l'exercice financier 2007-2008, l'unité a enregistré 1 067 jours-patients hospitalisés.

Two psychiatric hospitals, Centracare in Saint John and the Restigouche Hospital Centre in Campbellton, provide specialized treatment and rehabilitation services for patients with medium-to long-term psychiatric problems requiring hospitalization. The Restigouche Hospital Centre also provides specialized observation and assessment for forensic cases for the entire province. The two hospitals function as: specialized, tertiary, in-patient resources for other mental health services; support centres for evaluation, research and mental health training; and providers of psychiatric telephone / videoconference consultation and on-site support to other agencies for psychogeriatric patients and individuals with developmental handicaps. During the 2007-08 fiscal year, Centracare and RHC had 16,992 and 61,031 in-patient days, respectively, for a total of 78,023.

Hospital patients who no longer need tertiary hospital services are discharged into the community where services and supports are provided, allowing them to reintegrate successfully into a non-institutional environment.

Long-Term Mental Health Services

The objective of the community mental health Long-Term Adult Program is to provide services for adult clients experiencing or at risk of serious mental health problems and long-standing functional disorders. These clients are often socially isolated and cut off from their natural environments. The program helps clients to obtain the means to rebuild their social networks and develop the skills they need to live in the community.

This program is based on respect for persons with psychiatric disorders and on the belief that, through a range of services, they can reduce or eliminate the functional, interpersonal, and environmental barriers created by their disabilities and to lead independent and productive lives in society.

This program works to meet needs as perceived by clients while establishing links with the community to ensure maximum client autonomy with a minimum of professional intervention. Through community-based multidisciplinary teams, this program provides a variety of services to meet the needs of the individual. Services provided include assessment, treatment, case management, vocational and rehabilitation services. During the 2007-08 fiscal year, the Mental Health Services Adult Long-Term Care program provided a total of 77,686 services to 4,949 adults.

Medicare

The objective of Medicare is to ensure payment of medically required services for eligible New Brunswick residents, including hospitalization outside the province. This objective is reached through the activities of Medicare Services and Medicare Operations Units.

Deux hôpitaux psychiatriques, soit le Centracare de Saint John et le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton, offrent des traitements spécialisés et des services de réadaptation aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne et de longue durée nécessitant l'hospitalisation. Le Centre hospitalier Restigouche offre également des services d'observation spécialisés des cas médico-légaux pour l'ensemble de la province. Les deux hôpitaux servent de centres de ressources spécialisées internes pour les autres services de santé mentale, de centres de soutien en matière d'évaluation, de recherche et de formation en santé mentale. Ils sont aussi des fournisseurs de services de consultation par téléphone et par vidéoconférence dans le domaine de la psychiatrie et d'un soutien sur place aux organismes qui dispensent des soins aux patients en psychogériatrie et aux personnes ayant une incapacité liée au développement. En 2007-2008, Centracare et le Centre hospitalier Restigouche ont enregistré 16 992 et 61 031 jours-patients hospitalisés, respectivement, pour un total de 78 023 pour ces deux hôpitaux psychiatriques.

Les patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins tertiaires réintègrent la collectivité, où ils reçoivent un soutien et des services appropriés, ce qui leur permet de réussir leur réinsertion sociale.

Services de santé mentale de longue durée

Le programme de soins de santé mentale communautaires de longue durée à l'intention des adultes offre des services aux clients adultes qui ont des problèmes graves de santé mentale ou qui ont des troubles fonctionnels de longue date ainsi qu'à ceux et celles qui risquent d'avoir de tels problèmes. Ces clients souffrent souvent d'isolement social et sont exclus de leur milieu naturel. Le programme a pour but d'aider les clients à trouver des moyens de rétablir leurs réseaux sociaux et d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre au sein de la collectivité.

Le programme est fondé sur le principe du respect des personnes ayant des problèmes psychiatriques et sur la conviction que par l'entremise de toute une gamme de services, ces personnes peuvent réduire ou éliminer les obstacles fonctionnels, interpersonnels et du milieu créés par leurs handicaps et réapprendre à vivre de façon autonome et productive dans la société.

Ce programme vise à répondre aux besoins cernés par les clients tout en établissant des liens avec la collectivité dans le but d'assurer au client la plus grande autonomie possible avec un minimum d'interventions professionnelles. Par l'entremise d'équipes communautaires multidisciplinaires, le programme fournit toute une gamme de services pour répondre aux besoins du client. Les services offerts comprennent l'évaluation, le traitement, la gestion de cas ainsi que des services de formation professionnelle et de réadaptation. Au cours de l'exercice financier 2007-2008, le programme de soins de santé mentale de longue durée à l'intention des adultes a offert 77 686 services à 4 949 adultes.

Assurance-maladie

L'Assurance-maladie a pour objet d'assurer aux gens du Nouveau-Brunswick le paiement des services médicaux, y compris l'hospitalisation à l'extérieur de la province. Cet objectif est atteint par les activités des Services de l'Assurance-maladie et des Opérations de l'Assurance-maladie.

The Medicare Services Unit is responsible for policy development; project management; provision of expert guidance on corporate and health policy issues and physician remuneration. The unit is also responsible for appeals regarding Medicare decisions.

During fiscal 2007-08, Medicare Services provided support to the department's recruitment and retention strategy aimed at recruiting newly licensed family practitioners and specialists. This was enabled through the three-year fee-for-service agreement with the New Brunswick Medical Society. The last year of this agreement provided for increased remuneration for Mandated On-Call Program and the Second Call Program. It included increased remuneration for specialists with specific attention to certain clinical disciplines. In addition, to support the development of the Provincial Surgical Patient Registry, the department agreed to remunerate physicians for the completion of the documentation required to book a patient for surgery.

The current Medical Pay Plan for salaried physicians is effective until March 31, 2008. The formal consultative process for discussion of compensation and human resources issues affecting salaried physicians in Parts I and III of the Public Service is currently underway. The objective is to reach consensus on required changes to the Medical Pay Plan. The parties included in this process are the New Brunswick Medical Society, the Department of Health and the Office of Human Resources.

The Medicare Operations Unit is responsible for the eligibility and registration for Medicare coverage for New Brunswick residents; the registering of physicians; liaising with physicians; as well as processing and, when applicable, the payment of in and out-of-country claims. Medicare Operations also audit's physician's billings to ensure these are billed according to legislation and the Fee-For-Service agreement. The unit also manages an advocacy service informing New Brunswick residents of their rights when dealing with Medicare.

In fiscal 2007-08:

- The number of eligible residents increased by 0.02 per cent from 736,833 in 2006-07 to 736,977 in 2007-08.
- Over the past several years a trend has developed, whereby physicians are shifting away from being paid mainly on a fee-for-service basis to being paid via salaried arrangements. The number of fee-for-service physicians increased from 1,094 to 1,123 or an increase of 2.7 per cent from 2006-07 to 2007-08, while for the same time period, the number of salaried physicians increased from 357 to 387 or an increase of 8.4 per cent.

L'Unité des services de l'Assurance-maladie est chargée de l'élaboration des politiques, des activités de gestion de projets, de la prestation de conseils spécialisés sur les questions de politiques ministérielles et sur la santé ainsi que de la rémunération des médecins. L'unité est également chargée des appels concernant les décisions de l'Assurance-maladie.

Durant l'exercice financier 2007-2008, les Services de l'Assurance-maladie ont appuyé la stratégie de recrutement et de maintien en poste visant à attirer de nouveaux médecins de famille et de nouveaux spécialistes autorisés Pour ce faire, on a conclu une entente d'une durée de trois ans concernant la prestation de services rémunérés à l'acte avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Pour la dernière année de l'entente, une augmentation de la rémunération a été prévue pour le Programme de service de garde autorisé et le Programme de deuxième appel. L'entente comportait une augmentation de la rémunération des spécialistes en accordant une attention particulière à certaines disciplines cliniques. De plus, pour appuyer l'établissement du Registre provincial des patients des soins chirurgicaux, le ministère a accepté de rémunérer les médecins pour le temps qu'ils consacrent à remplir les documents requis pour réserver une place de chirurgie pour un patient.

Le régime de rémunération du personnel médical actuel pour les salariés est en vigueur jusqu'au 31 mars 2008. Le processus de consultation officiel sur les indemnités et les questions de ressources humaines concernant les médecins salariés des Parties I et III des services publics est en cours. Le but est d'atteindre un consensus sur les changements devant être apportés au régime. Les parties incluses dans le processus sont la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé et le Bureau des ressources humaines.

L'Unité de l'Assurance-maladie – Opérations est chargée de l'admissibilité et de l'inscription pour la couverture de l'Assurance-maladie à l'intention des résidents du Nouveau-Brunswick; de l'inscription des médecins; de la liaison avec les médecins; du traitement et, lorsqu'il y a lieu, du paiement des réclamations provenant de l'intérieur et de l'extérieur du pays. L'Unité de l'Assurance-maladie — Opérations vérifie également la facturation des médecins pour s'assurer que les factures sont conformes à la loi et aux ententes de rémunération à l'acte. Elle gère également un service de représentation qui informe les résidents du Nouveau-Brunswick de leurs droits dans leurs relations avec l'Assurance-maladie.

Exercice financier 2007-2008

- Le nombre de résidents admissibles a augmenté de 0,02 pour cent, passant de 736 833 en 2006-2007 à 736 977 en 2007-2008.
- Au cours des dernières années, une tendance s'est dégagée où les médecins qui étaient principalement rémunérés à l'acte ont décidé de devenir salariés. Le nombre de médecins rémunérés à l'acte est passé de 1 094 à 1 123, soit une augmentation de 2,7 pour cent de 2006-2007 à 2007-2008, tandis que pour la même période, le nombre de médecins salariés est passé de 357 à 387, soit une augmentation de 8,4 pour cent.

Accessibility to primary medical services is measured in two ways: the total number of physicians who provide services and their distribution throughout the province. The total number of physicians providing services increased from 1,677 to 1,748 or an increase of 4.2 per cent from 2006-07 to 2007-08. For the same time period, the proportion of physicians who worked in a rural setting (defined as beyond 40 kilometers of Fredericton, Moncton and Saint John) increased from 36 per cent to 37 per cent.

Health Emergency Management Services

The department is committed to ensuring that the province's health care system maintains a level of readiness to enable it to respond quickly and effectively to all health and medical emergencies, regardless of location, cause or magnitude. Small-scale emergencies, including traffic accidents, are considered routine within the context of the province's health care system. However, large-scale events, such as pandemic flu, or mass casualty incidents, demand advance planning and coordinated response in order for such emergencies to be managed effectively. Health Emergency Management provides the corporate leadership and guidance to address this need through the use of best practices and continuous improvement in programming.

The mission of Health Emergency Management is to build capacity (plans, resources and training) and a state of readiness to enable the health care system to effectively respond to incidents where the health of large numbers of people may be at risk. The achievement of this goal is dependent upon the collaborative effort of all sectors of the health care system, volunteer groups, the private sector, other levels of government and the general public. It is also dependent upon the forging of strong partnerships and support mechanisms between emergency response agencies including Emergency Measures Organization, fire, police and ambulance services. Coordinated planning and response is one of the fundamental principles guiding effective health emergency management.

In 2007-08, Health Emergency Management Services continued to focus on the state of readiness through the following:

- Work with Regional Health Authority emergency management officials to develop and implement preparedness plans, guides and protocols;
- Holding of joint exercises to test contingency plans and protocols;
- Training staff to write and conduct exercises to test contingency plans;
- Work closely with other departments of government and the Emergency Measures Organization to ensure that the department's planning efforts are integrated into the larger government-wide plan;
- Development of operational protocols respecting the 200-bed emergency hospital;

L'accessibilité aux services médicaux primaires est mesurée de deux façons : le nombre total de médecins offrant des services et leur répartition à l'échelle de la province. Le nombre total de médecins prodiguant des services est passé de 1 677 à 1 748, soit une augmentation de 4,2 pour cent entre 2006-2007 et 2007-2008. Pour la même période, la proportion de médecins ayant travaillé en milieu rural (défini comme dépassant 40 kilomètres de Fredericton, de Moncton et de Saint John) est passée de 36 à 37 pour cent.

Services de gestion des interventions d'urgence

Le ministère s'assure que le système de soins de santé de la province peut répondre rapidement et efficacement à toutes les urgences médicales et sanitaires, quels que soient l'endroit, la cause ou l'ampleur. Les petites urgences, comme les accidents de circulation, sont considérées comme des situations routinières dans le contexte du système de soins de santé de la province. Toutefois, les incidents de grande envergure, comme la pandémie d'influenza ou les accidents faisant beaucoup de blessés, exigent beaucoup de ressources, une planification d'urgence et une coordination des efforts pour que ces urgences soient bien gérées. La Gestion des interventions d'urgence fournit une direction et de l'aide pour répondre à ce besoin, en adoptant des méthodes exemplaires et en améliorant constamment les programmes.

La mission des services de Gestion des interventions d'urgence consiste à développer la capacité (plans, ressources et formation) afin que le système de soins de santé puisse intervenir de manière efficace en cas d'incidents pouvant mettre en danger la santé d'un grand nombre de personnes. La réalisation de cet objectif dépend des efforts collectifs de tous les secteurs du système de soins de santé, des groupes de bénévoles, du secteur privé, d'autres paliers du gouvernement et du public. Elle dépend également de la création de solides partenariats et d'un mécanisme de soutien entre les agences d'intervention d'urgence, y compris l'Organisation des mesures d'urgence, et les services de police, d'incendie et d'ambulance. La planification et l'intervention coordonnées constituent un des principes fondamentaux qui orientent une gestion efficace des interventions en cas d'urgence en matière de santé.

En 2007-2008, les Services de gestion des interventions d'urgence ont continué de se concentrer sur l'état de préparation en procédant comme suit :

- collaboration avec les agents de gestion des cas d'urgence des régies régionales de la santé à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de préparation, de guides et de protocoles;
- tenue d'exercices conjoints pour vérifier les plans et les protocoles d'urgence;
- formation du personnel pour la rédaction et la tenue d'exercices afin de vérifier les plans d'urgence;
- étroite collaboration avec d'autres ministères du gouvernement et l'Organisation des mesures d'urgence pour s'assurer que les efforts de planification du ministère sont intégrés au plan gouvernemental;
- élaboration de protocoles opérationnels concernant l'hôpital d'urgence de 200 lits;

- Collaborate with other provinces and Health Canada's Center for Emergency Preparedness and Response to integrate health emergency preparedness activities across the country.

Pandemic Planning

The most significant hazardous event that the province will face is pandemic influenza. Pandemic influenza preparedness planning in New Brunswick, as in all the provinces and territories, continues at both the provincial and regional levels. The goal of this planning effort is to minimize: serious illness, overall deaths, and societal disruption among New Brunswickers by providing access to appropriate prevention, care and treatment.

Realizing that the pandemic will affect all sectors of health care, and in keeping with the departmental "all hazards" approach to emergency planning, a comprehensive provincial pandemic preparedness planning structure and work plan has been developed to guide the effort and to enhance communication, coordination and information flow among the various stakeholders. At present, pandemic preparedness planning is considered the number one priority of Health Emergency Management Services.

Pandemic Influenza Preparedness Planning Initiatives in 2007-08:

- Continued to work with regional health authorities (RHAs) and other key stakeholders on pandemic influenza preparedness planning.
- Continued to participate in pandemic planning at the federal and inter-provincial/territorial level.
- Under the oversight and guidance of the Provincial Pandemic Preparedness Steering Committee, continued the development and updating of the New Brunswick Pandemic Influenza Plan. The plan will continue to be an "evergreen" document, modified as new information becomes available.
- Continued to participate in discussion forums and deliver formal presentations to identified stakeholders and government departments to increase awareness for the need for planning and to stimulate collaborative relationships.
- Continued work of pandemic working groups to identify and resolve issues, and to develop provincial planning and policy frameworks and/or guidelines for pandemic preparedness actions in key functional areas of the health system.
- Secured a warehouse facility for storage of the provincial pandemic stockpile of health supplies and equipment.
- Commenced work on developing an inventory management, rotation and distribution plan and related services for the provincial stockpile of pandemic supplies and equipment.
- Continued to participate in the acquisition of the national antiviral stockpile.

- collaboration avec d'autres provinces et le Centre des mesures et d'interventions d'urgence de Santé Canada pour intégrer les activités de préparation en cas d'urgence en matière de santé dans l'ensemble du pays.

Planification en cas de pandémie

Le danger le plus important auquel la province fera face est la pandémie d'influenza. La planification en cas de pandémie d'influenza au Nouveau-Brunswick, ainsi que dans toutes les provinces et tous les territoires, se poursuit à l'échelle régionale et à l'échelle provinciale. Le but de cette planification est de minimiser les maladies graves, le nombre global de décès et la perturbation sociale chez les Néo-Brunswickois en assurant un accès à des soins, à des traitements et à des services de prévention appropriés.

Conscient que la pandémie touchera tous les secteurs des soins de santé, et conformément à l'approche du ministère pour tous les dangers en matière de planification d'urgence, une structure de planification provinciale globale en cas de pandémie et un plan de travail ont été établis pour orienter les efforts et améliorer la coordination des communications et la circulation de l'information entre les divers intervenants. La planification en cas de pandémie est considérée actuellement comme la priorité absolue des Services de gestion d'intervention d'urgence en matière de santé.

Initiatives de planification de la capacité d'intervention en cas de pandémie d'influenza en 2007-2008 :

- Poursuite du travail avec les régies régionales de la santé et autres intervenants clés sur la planification en cas d'une pandémie d'influenza.
- Participation continue à la planification en cas d'une pandémie à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.
- Sous la direction et la responsabilité du Comité de direction provinciale sur la capacité d'intervention en cas de pandémie, élaboration et révision continues du Plan de lutte contre la pandémie d'influenza du Nouveau-Brunswick. Le plan continuera d'être un document actif, et sera modifié à mesure que de l'information deviendra disponible.
- Participation continue à des forums de discussion et présentation d'exposés officiels à des intervenants identifiés et aux ministères du gouvernement afin de les sensibiliser davantage au besoin de planifier et de stimuler des relations de collaboration.
- Travail continu des groupes de travail sur la lutte contre la pandémie pour cerner et résoudre les problèmes ainsi que pour élaborer des cadres stratégiques ou des lignes directrices à l'échelle de la province en matière de planification visant des mesures d'intervention en cas de pandémie dans des domaines fonctionnels clés du système de santé.
- Choix d'un entrepôt pour le stockage de la réserve provinciale de fournitures et de matériels médicaux en cas de pandémie.
- Travail amorcé pour élaborer un plan de gestion de rotation et de distribution des stocks et des services connexes pour la réserve provinciale des fournitures et matériels en cas de pandémie.
- Participation continue à l'acquisition de la réserve antivirale nationale.

- Continued to secure personal protective, immunization and medical supplies and equipment for the provincial stockpile, in accordance with national assumptions and protocols.

E-health and Information Services

E-health and Information Services is responsible for overall alignment and integration of innovation, technology and leading practices with the overall clinical business strategy to achieve optimal health system performance and quality care for all citizens of New Brunswick.

These services maintain a pulse on innovative technology approaches which will facilitate and enable the strategic directions of the healthcare system. They also ensure due diligence and standards are followed in the development and implementation of initiatives relating to the One Patient One Record vision and strategy.

E-health represents unified processes, information and technology which enhance access, delivery and monitoring of a single, integrated health care system. E-health incorporates Telehealth and the Electronic Health Record.

The key business drivers for investing in e-health include:

- **Effectiveness**
  Healthcare is an information-intensive process with data volume growing dramatically every year. E-health will help ensure that valuable information is available when and where needed.

- **Efficiency**
  E-health will increase the efficiency of information handling, consolidate information storage and, thus, speed work processes.

- **Patient Safety**
  Readily available patient information (i.e. a fully functioning electronic health record) will give authorized care providers access to the relevant patient decision making.

- **Improved Outcomes**
  Due to decision-making enabled by complete, accurate, timely information.

In 2005, an e-health strategic plan was developed which had the five following strategic directions:

1. **Advance One Patient One Record**
   An ongoing health care record of medical status and care delivery history that is available to authorized health care providers and to the individual, at any time, and from any location.

2. **Implement Fully Functional Clinical Systems**
   Technology that supports the operations of the health care system. Provide new or replacement

- Obtention continue des fournitures et matériels de protection personnelle, d'immunisation et médicaux pour la réserve provinciale, conformément aux postulats et protocoles nationaux.

Cybersanté et services d'information

La cybersanté et les services d'information sont responsables de l'harmonisation et de l'intégration globales de l'innovation, de la technologie et des pratiques avec la stratégie d'entreprise clinique globale en vue d'atteindre le rendement optimal du système de santé et la qualité optimale des soins pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick.

Ces services permettent de se maintenir au courant des approches de technologie innovatrices, ce qui facilitera et rendra possible les orientations stratégiques du système de soins de santé. Ils assurent une diligence raisonnable et veillent à ce que les normes soient suivies pendant l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives relatives à la vision et à la stratégie Un patient, un dossier.

La cybersanté représente des processus unifiés, de l'information et de la technologie qui améliorent l'accès, la prestation et la surveillance d'un seul système de soins de santé intégré. Elle incorpore la télésanté et le dossier de santé électronique.

Voici les facteurs opérationnels clés qui influencent l'investissement dans la cybersanté.

- **Efficience :**
  Les soins de santé sont un processus axé sur l'information avec un volume de données qui croît de façon spectaculaire chaque année. La cybersanté veillera à ce que des renseignements précieux soient accessibles, le cas échéant.
- **Efficicacité :**
  La cybersanté augmentera l'efficacité de la manipulation de l'information, consolidera le stockage de l'information et, par conséquent, accélérera les processus de travail.
- **Sécurité des patients :**
  Des renseignements facilement accessibles sur le patient (c.-à-d. un dossier de santé électronique pleinement fonctionnel) permettront aux fournisseurs de soins autorisés d'avoir accès à la prise de décision pertinente concernant le patient.
- **Meilleurs résultats :**
  En raison de la prise de décision qui est facilitée par une information complète, exacte et opportune.

En 2005, un plan stratégique de cybersanté a été mis au point. Il comportait les cinq orientations stratégiques suivantes :

1. **Promouvoir le concept Un patient, un dossier**
   Un dossier de soins de santé continu comportant des données sur l'état de santé et les antécédents médicaux auquel les fournisseurs de soins de santé autorisés et le patient peuvent avoir accès, n'importe où, n'importe quand.
2. **Mise en œuvre de systèmes cliniques entièrement fonctionnels :**
   Une technologie qui appuie les activités du système de soins de santé. Remplacement des systèmes cliniques

clinical systems that are used by physicians and other care providers in day-to-day health care delivery in the RHAs.

3. **Fulfill Requirements for Administration and Accountability**
   Technologies used to manage health care systems and administrative systems within the department and the RHAs that capture data such as wait times, and are used to generate reports for national reporting as well as for department and RHA management teams to help oversee and manage the health system.

4. **Ongoing Strategy and Plans for E-health**
   Maintenance of the overall e-health roadmap to ensure it is aligned with the Charter for Change and Department of Health strategy and vision.

5. **Pursue Telehealth**
   Bridges distances by bringing quality health services and information to patients so that they can remain in or near their home communities.

(ou mise en place de nouveaux systèmes) qui sont utilisés par les médecins ou d'autres fournisseurs de soins de santé dans la prestation quotidienne des soins de santé dans les régies régionales de la santé.

3. **Répondre aux exigences relatives à l'administration et à la reddition de comptes**
   Les technologies utilisées dans la gestion des systèmes de soins de santé. Les systèmes administratifs au sein du ministère et des régies saisissant des données telles que les délais d'attente. On les utilise pour produire des rapports dans le cadre de la déclaration nationale ainsi que pour les équipes de gestion du ministère et des régies régionales de la santé afin qu'elles puissent surveiller et gérer le système de santé.

4. **Stratégie évolutive et plans pour la cybersanté**
   Mise à jour de la feuille de route générale de cybersanté afin d'assurer sa conformité avec le Pacte pour le changement et avec la vision et la stratégie du ministère de la Santé.

5. **Poursuivre le programme de télésanté**
   La télésanté comble les distances en apportant l'information et des services de santé de qualité aux patients afin que ceux-ci puissent rester dans leur collectivité ou dans ses environs.

E-health Strategy Update

E-health Strategy Action Plan	Update
Establish Governance for E-health	In 2007, the Department of Health completed a review of its existing E-health governance structure. The original committee, which was formed in 2005, was revamped and reintroduced in April 2007. The E-health governance framework adopted by the department ensures that e-health has the proper structure for tying together the actions, responsibilities and expectations from all stakeholder groups. The E-health Steering Committee has representation from all eight Regional Health Authorities, Department of Health, New Brunswick Medical Society and other government departments.
One Patient One Record	In September 2006, the Department of Health completed the planning and design phases for the Electronic Health Record, Client Registry, Public Health Surveillance and Diagnostic Imaging projects. These projects were presented and were approved for funding by Canada Health Infoway.
Change Planning	The Department of Health has put forth a considerable effort to ensure that its stakeholders are informed about the progress and status of all e-health initiatives. New Brunswick has worked closely with Canada Health Infoway to align its change management strategies with those in other jurisdictions across the country including the identification of New Brunswick based Clinical Peer Champions who will assist the province in moving forward with its e-health agenda.
Project Selection	The e-health Internal Steering Committee is responsible for establishing priorities and making recommendations regarding which projects will move forward.
Vendor Forum	The Department of Health has committed to an annual Vendor Forum which facilitates better communication and sharing of information between vendors and the department. This year's event was held in St. Andrews and was attended by over 60 vendors.
Federal Pledge	The department has worked closely with Canada Health Infoway to ensure the commitment of federal funding to allow New Brunswick to achieve its vision for a provincial electronic health record by the end of 2009. Thus far, New Brunswick has been successful in securing funding for the interoperable Electronic Health Record, Client Registry, Drug Information System, Telehealth, Public Health Surveillance and Diagnostic Imaging projects.
Resource Strategy	In 2006, recognizing that the Information Systems Branch and the Office of e-health could not sustain the current level of activity in addition to delivering the e-health agenda, the branch underwent a re-organization and developed a resource strategy. The strategy included the establishment the following business units: Enterprise Architecture, Projects, Information Technology Services. This is supported by 12 new key positions in 2007-08.
Enterprise Architecture	The Enterprise Architecture business unit is responsible for ensuring an integrated and consistent approach, based on standards and sound design principals, is adopted for all e-health projects. The Enterprise Architecture business unit established a framework to carry out its mandate in support of the e-health initiatives. A privacy framework was also developed and vetted by the Office of the Ombudsman. This framework has been adopted for all e-health initiatives.
Project Management Office	The Projects business unit is responsible for the delivery of all e-health initiatives. The Projects business unit established a Project Management Office to ensure consistent and best practice project management techniques are applied across all Projects. The Project Management Office was tasked with the development of a project management framework in support of the e-health initiatives and to oversee risk management and mitigation activities.
Information Technology Services	The Information Technology Services business unit is responsible for IT service delivery and support. In 2007-08, industry recognized service management best practices (ITIL – Information Technology Infrastructure Library) were adopted. ITIL is a cohesive set of best practices drawn from the public and private sectors internationally to help provide economical service delivery that is reliable and consistent. This will promote proactive improvements to the environment resulting in lower cost of ownership, improved user experience, and ultimately a more efficient IT Services organization.

Mise à jour concernant la stratégie en matière de cybersanté

Plan d'action stratégique en matière de cybersanté	Mise à jour
Établir la gouvernance pour la cybersanté	En 2007, le ministère de la Santé a effectué un examen de sa structure actuelle de gouvernance de la cybersanté. Le comité original créé en 2005 a été réorganisé et relancé en avril 2007. Le cadre de gouvernance de la cybersanté adopté par le ministère veille à ce que la cybersanté ait une structure adéquate pour rallier les interventions, les responsabilités et les attentes de tous les groupes d'intervenants. Le comité directeur de la cybersanté est composé de représentants des huit régies régionales de la santé, du ministère de la Santé, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et d'autres ministères du gouvernement.
Un patient, un dossier	En septembre 2006, le ministère de la Santé a terminé les phases de planification et de conception des projets sur le dossier de santé électronique, le registre de la clientèle, la surveillance de la Santé publique et l'imagerie diagnostique. Ces projets ont été présentés et approuvés aux fins de financement par Inforoute Santé du Canada.
Planification du changement	Le ministère de la Santé a déployé des efforts considérables pour que ses intervenants soient informés des progrès et de la situation des initiatives de cybersanté. Le Nouveau-Brunswick a travaillé étroitement avec Inforoute Santé Canada pour axer ses stratégies de gestion du changement avec celles des autres provinces et territoires, dont l'identification des cliniciens promoteurs de la santé électronique auprès de leurs collègues du Nouveau-Brunswick qui permettront à la province d'aller de l'avant avec son programme de cybersanté.
Sélection des projets	Le comité directeur interne de la cybersanté est responsable d'établir les priorités et de faire des recommandations au sujet des projets qui seront poursuivis.
Forum des fournisseurs	Le ministère de la Santé s'est engagé à organiser un Forum des fournisseurs annuel qui facilite une meilleure communication et l'échange d'information entre les fournisseurs et le ministère. L'événement de cette année s'est tenu à Saint Andrews et a été couru par plus de 60 fournisseurs.
Promesse fédérale	Le ministère a travaillé en étroite collaboration avec Inforoute Santé du Canada afin que le Nouveau-Brunswick reçoive un financement fédéral pour réaliser sa vision d'un dossier de santé électronique d'ici la fin de 2009. Jusqu'ici, le Nouveau-Brunswick a réussi à obtenir du financement pour les projets sur le dossier de santé électronique interopérable, le registre des clients, le Système d'information sur les médicaments, la télésanté, la surveillance de la santé publique et l'imagerie diagnostique.
Stratégie en matière de ressources	En 2006, reconnaissant que la Direction des systèmes d'information et le bureau de cybersanté ne pouvaient pas soutenir le niveau actuel d'activité en plus d'offrir le programme de cybersanté, la direction a subi une réorganisation et mis au point une stratégie des ressources. La stratégie comportait l'établissement des unités fonctionnelles suivantes : architecture d'entreprise, projets, services de technologie de l'information. Ce projet était soutenu par douze nouveaux postes clés en 2007-2008.
Architecture d'entreprise	L'unité d'architecture d'entreprise est responsable d'assurer une approche intégrée et cohérente basée sur des normes et des principes de conception rigoureux, approche qui est adoptée pour tous les projets de cybersanté. L'unité fonctionnelle d'architecture d'entreprise a établi un cadre afin d'exécuter son mandat d'appuyer les initiatives de cybersanté. Un cadre de protection des renseignements personnels a aussi été mis au point et vérifié par le Bureau de l'ombudsman. Ce cadre a été adopté pour toutes les initiatives de cybersanté.
Bureau de gestion des projets	L'unité fonctionnelle des projets est responsable de l'exécution des initiatives de cybersanté. Elle a créé un bureau de gestion des projets pour s'assurer que les meilleures techniques de gestion des projets sont appliquées à l'ensemble des projets. Le bureau de gestion des projets a reçu la tâche d'élaborer un cadre de gestion des projets pour appuyer les initiatives de cybersanté et de surveiller les activités de gestion et d'atténuation des risques.
Services de technologie de l'information	L'unité fonctionnelle des services de technologie de l'information est responsable de la prestation et du soutien du service de TI. En 2007-2008, les meilleures pratiques reconnues de l'industrie en matière de gestion du service (BITI – Bibliothèque de l'infrastructure de la TI) ont été adoptées. La BITI est un ensemble cohésif de meilleures pratiques provenant des secteurs publics et privés à l'échelle internationale qui favorisent une prestation de services qui est à la fois économique, fiable et cohérente. Ces pratiques entraîneront des améliorations proactives à l'environnement, ce qui aura pour effet d'abaisser le coût de propriété, d'améliorer l'expérience de l'utilisateur et, en fin de compte, d'offrir une organisation des services de TI plus efficace.

Projects Business Unit:

The Project Management Office provides administration, standards, risk assessment and audit support to the various e-health initiatives. The Project Delivery mandate ensures the analysis of requirements, design, development and implementation of software solutions to support the e-health strategy. More specifically, in 2007-08 the following initiatives were undertaken in support of the e-health strategy:

One Patient One Record

Implementation Initiative:

- Client Registry
- Provider Index
- Inter-operable Electronic Health Record
- Diagnostic Imaging Archive

Planning Initiative:

- Drug Information System
- Public Health Surveillance

Telehealth

Implementation Initiative:

- Home Care Monitoring Program Planning Initiative
- Shared Tele-Health Initiative

Clinical Information Systems

Implementation Initiative:

- Clinical Information System (AHSC)
- Community Health Centers

Accountability Systems

Implementation Initiative:

- Workload Measurement System
- Surgical Access Management
- Medicare
- Radiation Treatment Wait Times
- HHR Provider Database

Planning Initiative:

- Prescription Monitoring Program

Unité fonctionnelle des projets :

Le Bureau de gestion des projets offre un soutien administratif, des normes, une évaluation des risques et un soutien de vérification aux diverses initiatives de cybersanté. Le mandat de prestation du projet veille à ce que l'analyse des besoins, la conception, le développement et la mise en œuvre des solutions logicielles appuient la stratégie de cybersanté. Plus précisément, en 2007-2008, les initiatives suivantes ont été entreprises en appui à la stratégie de cybersanté :

Un patient, un dossier

Initiative de mise en œuvre :

- Registre des clients
- Index du fournisseur
- Dossier de santé électronique interopérable
- Archives d'imagerie diagnostique

Initiative de planification :

- Système d'information sur les médicaments
- Surveillance de la santé publique

Télésanté

Initiative de mise en œuvre :

- Initiative de planification du Programme de surveillance des soins à domicile
- Initiative de télésanté partagée

Systèmes de renseignements cliniques

Initiative de mise en œuvre :

- Systèmes de renseignements cliniques (CSSA)
- Centres de santé communautaires

Systèmes de responsabilité

Initiative de mise en œuvre :

- Système de mesure de la charge de travail
- Gestion de l'accès aux services de chirurgie
- Assurance-maladie
- Délais d'attente pour la radiothérapie
- Base de données des ressources humaines en santé

Initiative de planification :

- Programme de surveillance pharmaceutique

E-health Projects

	Fiscal Year 2004-05		Fiscal Year 2005-06		Fiscal Year 2006-07		Fiscal Year 2007-08	
PROJECT	**TOTAL**	**FEDERAL CONTR.**	**TOTAL**	**FEDERAL CONTR.**	**TOTAL**	**FEDERAL CONTR.**	**TOTAL**	**FEDERAL CONTR.**
ONE PATIENT ONE RECORD	139.6	113.9	1,099.1	771.1	426.9	379.2	7,176.4	4,448.1
Diagnostic Imaging Archive	-	-	878.3	878.3	3.1	1.8	4,768.1	3,574.1
Drug Information System	-	-	-	-	9.4	7.1	41.3	31.0
Public Health Surveillance (Panorama)	-	-	-	-	75.4	67.3	1.2	-
Home Monitoring Program (HMP)	-	-	8.5	-	12.7	40.3	101.5	50.7
Shared Telehealth Initiative (STI)	-	-	-	-	-	-	277.2	-
Community Health Centers	3,336.9	2,007.7	1,341.3	1,577.4	1,190.6	315.3	-	-
Workload Measurement	-	-	-	-	-	-	148.0	-
Medicare Modernization	-	-	-	-	199.9	-	2,071.5	-
Radiation Wait Time Guarantee	-	-	-	-	-	-	158.5	156.4
HHR Provider Database	68.6	68.6	178.5	160.6	44.5	-	697.7	-
Prescription Monitoring Program	-	-	77.9	-	132.1	-	289.0	-
TOTALS	**$3,545.1**	**$2,190.2**	**$3,583.6**	**$3,387.4**	**$2,094.6**	**$811.0**	**$15,730.4**	**$8,260.3**
Prescription Monitoring Program	-	-	77.9	-	132.1	-	289.0	-
TOTALS	**$208.2**	**$182.5**	**$3,583.6**	**$3,157.4**	**$2,094.8**	**$837.0**	**$15,730.2**	**$8,260.3**

* Above figures are in thousands of dollars

Projets de cybersanté

	Exercice financier 2004-2005		Exercice financier 2005-2006		Exercice financier 2006-2007		Exercice financier 2007-2008	
PROJET	**TOTAL**	**CONTR. FÉDÉRALE**	**TOTAL**	**CONTR. FÉDÉRALE**	**TOTAL**	**CONTR. FÉDÉRALE**	**TOTAL**	**CONTR. FÉDÉRALE**
PATIENT, UN DOSSIER	139,6	113,9	1 099,1	771,1	426,9	379,2	7 176,4	4 448,1
Archives d'imagerie diagnostique	–	–	878,3	878,3	3,1	1,8	4 768,1	3 574,1
Système d'information sur les médicaments	–	–	–	–	9,4	7,1	41,3	31,0
Surveillance de la santé publique (Panorama)	–		–	–	75,4	67,3	1,2	–
Programme de surveillance des soins à domicile (PSSD)	–		8,5	–	12,7	40,3	101,5	50,7
Initiatives partagées de télésanté (IPT)	–		–	–	–	–	277,2	–
Centres de santé communautaires	3 336,9	2 007,7	1 341,3	1 577,4	1 190,6	315,3	–	–
Mesure de la charge de travail	–		–	–	–	–	148,0	–
Modernisation de l'Assurance-maladie	–		–	–	199,9	–	2 071,5	–
Délais d'attente garantis pour la radiothérapie	–		–	–	–	–	158,5	156,4
Base de données des ressources humaines en santé	68,6	68,6	178,5	160,6	44,5	–	697,7	–
Programme de surveillance pharmaceutique	–		77,9	–	132,1	–	289,0	–
TOTAUX	**3 545,1 $**	**2 190,2 $**	**3 583,6 $**	**3 387,4 $**	**2 094,6 $**	**811,0 $**	**15 730,4 $**	**8 260,3 $**
Programme de surveillance pharmaceutique	–	–	77,9	–	132,1	–	289,0	–
TOTAUX	**208,2 $**	**182,5 $**	**3 583,6 $**	**3 157,4 $**	**2 094,8 $**	**837,0 $**	**15 730,2 $**	**8 260,3 $**

* Les chiffres ci-dessus sont en milliers de dollars

One Patient One Record – includes interoperable electronic health record (iEHR), client registry and provider index

The One Patient One Record will link together patient information from across the entire health care system, including hospitals, doctor's offices, public health, mental health, allied health, pharmacies, laboratories, and diagnostic imaging would be linked together. It will allow authorized healthcare providers access to timely, accurate, comprehensive, province-wide patient information at anytime and from anywhere. iEHR is the viewer that will provide access to the patient information and is scheduled to be implemented by December 2009

Benefits:

- One patient record available anywhere and anytime
- Consolidation of many fragmented and scattered health records

Diagnostic Imaging

The Diagnostic Imaging repository is designed to consolidate a patient's digital diagnostic imaging reports and images, from such procedures as x-rays and MRI scans. These images will be available to authorized health care providers using a provincial viewer. The project will roll out over a 24- month time frame with an anticipated completion date of September 2009.

Benefits:

- Improved access to diagnostic images across regions, and to reduce duplication of stored images across regions, through the use of the central repository.
- Elimination of disk and tape storage of images within all the Regions – centralizing the purchase and operational costs of the storage.
- Patient records will be:
  - retained for the life of a patient;
  - made available for the use of authorized clinicians;
  - made available province wide in a standardized format; and
  - stored digitally on a centralized system with appropriate backup.

DIS – Drug Information System

The Drug Information System will allow automatic drug and drug-interaction checks and add the information to the patient's electronic health record. The system will provide physicians and pharmacists with data to support appropriate and accurate prescribing and dispensing.

Benefits:

- Decreased adverse drug events;
- Improved prescribing through the incorporation of prompts and reminders;
- Decreased health care costs due to drug

Un patient, un dossier – inclus le dossier de santé électronique interopérable (DSEi), le registre des clients et l'index du fournisseur

Un patient, un dossier permettra de relier tous les renseignements sur le patient à la grandeur du système de soins de santé, y compris les hôpitaux, les cabinets de médecin, la santé publique, la santé mentale, les services paramédicaux, les pharmacies, les laboratoires et l'imagerie diagnostique. Ce dossier permettra aux fournisseurs de soins de santé autorisés d'accéder à des renseignements opportuns, exacts et complets sur le patient, et ce, à l'échelle provinciale, n'importe où et n'importe quand. Le DSEi constitue le visualiseur qui fournira l'accès aux renseignements sur le patient. On prévoit le mettre en œuvre d'ici décembre 2009.

Avantages :

- Un patient, un dossier accessible en tous lieux et en tout temps.
- Consolidation des nombreux dossiers de santé fragmentés et dispersés.

Imagerie diagnostique

Les archives d'imagerie diagnostique sont conçues de manière à consolider les rapports et les images d'imagerie diagnostique numérique d'un patient, allant des interventions telles que les radiographies aux imageries par résonance magnétique. Ces images seront accessibles aux fournisseurs de soins de santé autorisés à l'aide d'un visualiseur provincial. Le projet se déroulera sur une période 24 mois avec une date d'achèvement prévue en septembre 2009.

Avantages :

- Meilleur accès aux images diagnostiques dans l'ensemble des régions et réduction du dédoublement des images stockées dans toutes les régions par l'intermédiaire des archives centrales.
- Élimination de l'entreposage des disques et des rubans contenant les images dans les régions – centralisation des coûts d'achat et des coûts d'exploitation de l'entreposage.
- Les dossiers des patients seront :
  - conservés durant toute la vie du patient;
  - accessibles par les cliniciens autorisés;
  - accessibles à l'échelle de la province dans un format normalisé;
  - conservés sous forme numérique dans un système centralisé doté d'un mécanisme de sauvegarde adéquat.

SIM – Système d'information sur les médicaments

Le système d'information sur les médicaments permettra d'effectuer automatiquement des vérifications d'interaction entre les médicaments et d'ajouter l'information au dossier de santé électronique du patient. Le système fournira des données aux médecins et aux pharmaciens pour favoriser une prescription et une exécution exactes et pertinentes d'une ordonnance.

Avantages :

- diminution des effets indésirables des médicaments;
- meilleure prescription des ordonnances en incorporant des invites et des rappels;
- diminution des coûts de soins de santé en raison des

complications;

- Increased access to an integrated drug profile across the continuum of care.

Public Health Surveillance (Panorama)
Panorama is a new system that will provide a unique and effective set of tools for public health surveillance. The purpose of this project is to reduce the risk to general population from communicable diseases by investing in a surveillance system that supports better and consistent case management, immunization management, alerts, and outbreak detection and response. The implementation phase will replace current disparate systems that are becoming obsolete and are lacking functionality. Health professionals will be able to collect, share and analyze health information; assist in managing public health services; and rapidly respond to emerging disease threats.

Post Cardiac Home Monitoring Program
The Home Monitoring Program allows remote monitoring of surgical patients discharged from the New Brunswick Heart Centre following surgery. This is an expansion of an already successful program. The replacing of aging equipment and improved software will lead to increased patient participation. This project's scheduled implementation completion is October 2009.

Benefits:

- Allow the Vital Program to attend a larger patient population;
- Ensure continued success of the program by moving to a standard technology base;
- The extension of the hospital into the home allows the telehealth nurse to visually assess the patient during a scheduled virtual visit.

Shared Telehealth Initiative
There are several pieces to this initiative, with the largest being an integrated solution for Extra-Mural Program (EMP), to be called iEMP. The system will encompass both client and provider technologies to facilitate the collection and sharing of pertinent clinical and administrative data. In addition, a new governance structure will be defined for telehealth, a new scheduling system to manage human and physical resources and a standardized video conferencing system with bridging capabilities will be implemented.

Benefits:

- iEMP will assist patients to better self-manage their diseases;
- Improve case management and care planning;
- Improve productivity for EMP health service providers;
- Bridging distances to provide quality health care to all New Brunswickers;

complications de médicaments;

- meilleur accès à un profil des médicaments intégré dans l'ensemble du continuum des soins.

Surveillance de la santé publique (Panorama)
Panorama est un nouveau système qui offrira un ensemble d'outils unique et efficace pour la surveillance de la santé publique. Ce projet cherche à réduire le risque posé à l'ensemble de la population en raison des maladies transmissibles en investissant dans un système de surveillance qui favorise un suivi plus efficace et cohérent de la gestion des cas, de la gestion de l'immunisation, des alertes ainsi que de la détection et de l'intervention en cas d'éclosions. La phase de mise en œuvre permettra de remplacer des systèmes actuels disparates de plus en plus désuets et de moins en moins fonctionnels. Les professionnels de la santé seront en mesure de recueillir, de partager et d'analyser l'information sur la santé, d'aider à la gestion des services de santé publique et d'intervenir rapidement en cas de nouvelles menaces à la santé.

Programme de surveillance à domicile pour les soins postcardiaques
Le Programme de surveillance de soins à domicile permet la surveillance à distance des patients ayant subi une chirurgie et obtenu leur congé du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick à la suite d'une chirurgie. Il s'agit de l'élargissement d'un programme ayant déjà connu du succès. Le remplacement du matériel vieillissant et l'amélioration des logiciels mèneront à une plus grande participation du patient. La fin de la mise en œuvre de ce projet est prévue en octobre 2009.

Avantages :

- Permettre au programme Vital d'atteindre un bassin de patients plus large.
- Assurer le succès continu du programme en adoptant une base standard de technologie.
- Le prolongement de l'hôpital à la maison permet à l'infirmière de la télésanté d'évaluer visuellement le patient par une visite virtuelle prévue.

Initiatives partagées de télésanté
Il y a plusieurs composantes à cette initiative, la plus importante étant une solution intégrée pour le Programme extra-mural (PEM) qui s'appellera PEMi. Le système englobera la technologie du client et la technologie du fournisseur afin de faciliter la collecte et le partage des données administratives et cliniques pertinentes. De plus, une nouvelle structure de gouvernance sera définie pour la télésanté, et un nouveau système d'ordonnancement pour la gestion des ressources humaines et physiques ainsi qu'un système de vidéoconférences standardisé doté de capacités de liaison seront mis en œuvre.

Avantages :

- Le programme extra-mural interopérable (PEMi) permettra aux patients de mieux autogérer leurs maladies.
- Amélioration de la gestion des cas et de la planification des soins.
- Amélioration de la productivité pour les fournisseurs de services de santé du PEM.
- Réduction des distances pour offrir des soins de santé de qualité à tous les Néo-Brunswickois.

- Standardized approach for communication across regions using teleconference technology.

Community Health Centres
The implementation of a Clinical Information System in community health centres to improve access to Primary Health Care.

Benefits:
- Enhanced capacity to provide primary care services;
- Improved focus on health and wellness;

Workload Measurement System
A workload measurement system (WMS) is a tool for measuring the volume of activity provided by employees within defined departments and is measured in terms of units of time (minutes). Each health region currently support and maintain individual solutions to accomplish this. Workload Measurement System is a provincial solution for all regions.

Benefits:
- Enhanced versatility allowing the expansion of workload measurement into previously unreachable activities;
- Improved efficiency from one provincial solution;
- Standard provincial workload definitions will be developed and deployed.

Surgical Patient Registry
The development and implementation of a registry of surgical patients, which will allow for reporting on the number of patients waiting for surgery in the province

Benefits:
- Will track the number of patients waiting for specific surgeries;
- Will track the number of patients who have had surgery performed within specific time frames.

Medicare Modernization
The current Medicare system is over 25 years old and is becoming increasingly expensive to operate and maintain. This initiative will harvest the business rules in the old system and implement a new system using modern tools, techniques and interfaces. The project involves three phases with completion scheduled for 2009.

Benefits:
- Significant cost savings related to maintenance costs;
- Increased response time and ability to leverage cost efficiency ideas.

RWT – Radiation Wait Times Pilot
A strategic provincial process for projecting supply/ demand for radiotherapy will be developed. It will be applied to radiation therapy services provided to

- Approche standardisée pour la communication dans l'ensemble des régions à l'aide de la technologie de téléconférence.

Centres de santé communautaires
La mise en œuvre du système des renseignements cliniques dans les centres de santé communautaires améliorera l'accès aux soins de santé primaires.

Avantages :
- Augmentation de la capacité à offrir des services de santé primaires.
- Accent renforcé sur la santé et le mieux-être.

Système de mesure de la charge de travail
Un système de mesure de la charge de travail (SMCT) est un outil pour mesurer, en unités de temps (minutes), le volume d'activité exécuté par les employés dans certains services. À l'heure actuelle, chaque région sanitaire a ses propres solutions pour assumer cette charge. Le système de mesure de la charge de travail est une solution provinciale pour toutes les régions.

Avantages :
- Une plus grande polyvalence qui permettra un élargissement de la mesure de la charge de travail à des activités précédemment hors de portée.
- Une plus grande efficacité grâce à une solution provinciale.
- Des définitions provinciales standard de la charge de travail seront mises au point et déployées.

Registre des patients devant subir une intervention chirurgicale
L'établissement et la mise en œuvre d'un registre des patients devant subir une intervention chirurgicale, ce qui permettra de faire état du nombre de patients en attente d'une chirurgie dans la province.

Avantages :
- Retracera le nombre de patients en attente pour certaines chirurgies.
- Retracera le nombre de patients qui ont subi une chirurgie dans des délais précis.

Modernisation de l'Assurance-maladie
L'actuel système d'Assurance-maladie date de plus de 25 ans et devient de plus en plus coûteux à faire fonctionner et à maintenir. Cette initiative recueillera les règles administratives de l'ancien système et mettra en place un nouveau système utilisant des outils, des techniques et des interfaces modernes. Le projet, qui comporte trois phases, devrait être achevé en 2009.

Avantages :
- Des économies de coûts considérables liées aux frais d'entretien.
- Un temps de réponse accru et la capacité de tirer parti d'idées d'économie de coûts.

Délais d'attente pour la radiothérapie (projet pilote)
Un processus stratégique provincial sera établi pour prévoir l'offre et la demande en radiothérapie. Il sera appliqué aux services de radiothérapie offerts aux citoyens dans le

citizens within the publicly funded New Brunswick Health system. The result will be improved efficiency and provide consistency with respect to timely access to treatment, definitions, data collection and reporting.

Benefits:

- Demand prediction for radiation therapy services will allow for improved strategic provincial resource planning;
- Software will facilitate monitoring, reporting and management of radiation therapy wait times;
- Ability to interface with the department's e-health information technology;
- Appropriate allocation of existing provincial resources.

Health Human Resources database
The development, implementation and maintenance of a modernized solution to the Health Workforce Planning Unit

Benefits:

- Utilize new technology to reduce the existing support risk;
- Allow liaison of Health Workforce Planning Unit with all health licensing bodies in the province;
- Allow expansion of additional health licensing bodies.

Prescription Monitoring Program
Prescription Monitoring Program will capture data on all monitored drug (narcotics and controlled drugs) prescriptions dispensed in the province. The initiative will require the identification and tracking of all elements involved in the transaction, including the prescriber, pharmacy, pharmacist, patient and specific drug. The solution will generate alerts based on defined thresholds to flag potential inappropriate use of monitored drugs in a real-time environment.

Benefits:

- Real-time access by prescribers and pharmacists to a patient's monitored drugs history to assist in-patient care decision making;
- Promote optimal prescribing and use of monitored drugs;
- Alignment with the One Patient One Record vision.

Enterprise Architecture Business Unit
Enterprise Architecture is the description of the current and/or future structure and behavior of an organization's processes, information systems, personnel and organizational sub-units, aligned with the organization's core goals and strategic direction.

cadre du système de santé financé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick. Le résultat se traduira par une plus grande efficacité et offrira une cohérence pour ce qui est de l'accès opportun au traitement, aux définitions, à la collecte de données et à la production de rapports.

Avantages :

- La prévision de la demande en ce qui concerne les services de radiothérapie entraînera une meilleure planification stratégique provinciale des ressources.
- Le logiciel facilitera la surveillance, la production de rapports et la gestion des délais d'attente en radiothérapie.
- La capacité de se connecter à la technologie d'information de la cybersanté du ministère.
- Allocation adéquate des ressources existantes de la province.

Base de données sur les ressources humaines en santé
L'élaboration, la mise en œuvre et le maintien d'une solution modernisée pour l'unité de planification des effectifs en matière de santé.

Avantages :

- Utiliser la nouvelle technologie pour réduire le risque actuel lié au soutien.
- Permettre la liaison de l'unité des effectifs en matière de santé avec tous les organismes de réglementation de la santé dans la province.
- Favoriser l'accroissement d'autres organismes de réglementation de la santé.

Programme de surveillance pharmaceutique
Le programme de surveillance pharmaceutique recueillera des données sur toutes les ordonnances de médicaments surveillés (narcotiques et médicaments réglementés) exécutées dans la province. L'initiative nécessitera l'identification et le repérage de tous les éléments concernés dans la transaction, y compris le médecin prescripteur, la pharmacie, le pharmacien, le patient et le médicament en question. La solution produira des alertes basées sur des seuils définis pour signaler une utilisation inappropriée possible de médicaments surveillés, et ce, dans un environnement en temps réel.

Avantages :

- Accès en temps réel par les médecins prescripteurs et les pharmaciens à l'historique de consommation des médicaments surveillés d'un patient afin d'aider à prendre des décisions en matière de soins aux patients.
- Favoriser la meilleure prescription et la meilleure utilisation des médicaments visés.
- Harmonisation avec la vision Un patient, un dossier.

Unité d'architecture d'entreprise
L'architecture d'entreprise décrit la structure et le comportement actuels et futurs des procédés d'une organisation, les systèmes d'information, le personnel et les sous-unités organisationnelles, tous axés sur les objectifs de base et l'orientation stratégique de l'organisation.

The Enterprise Architecture group is responsible for five major areas in support of the department:

- Business Architecture – provides a view of the business structure and processes of the organization relative to a specific project, identifying the proper scope of the project and showing how the system fits into and supports the business.
- Application Architecture – defines roles, development methodologies, technical standards and technologies that define how applications are designed and how they interoperate.
- Information Architecture (including Privacy and Security frameworks) – defines how data is stored and accessed.
- Integration Architecture – defines the roles, standards and technologies responsible for the conceptual and logical models, both current and proposed, which show how each of the functional areas, various application systems and business information requirements tie together.
- Technical Architecture – defines the personal and business computing hardware systems, data storage hardware, platforms, management and remote access components and communications infrastructure for distributed computing.

The majority of the effort for 2007-08 has been in support of the e-health projects specifically related to their technical implementations and privacy and security requirements. Working closely with Operations and Projects the Enterprise Architecture group has developed the Enterprise Architecture Framework to guide its activities and to make sure it is supporting the Operations and Projects Frameworks.

In addition, primarily through project activities, a number of corporate solutions have been developed that are now part of the overall infrastructure that can be used to support future development. These include:

- A corporate reporting solution to manage the development and distribution of business reports;
- A corporate Audit and Logging solution to meet business requirements;
- A rapid deployment solution to provide a robust secure Web environment for applications that are required to be deployed quickly;
- Implementation of a Secure file transfer solution to support inter-jurisdictional data sharing;
- Analysis of Active Directory to support provincial solution.

Le groupe d'architecture d'entreprise est responsable de cinq grands secteurs qui appuient le ministère :

- Architecture administrative – procure une vue de la structure et des processus administratifs de l'organisation en lien avec un projet précis, cernant la portée exacte du projet et indiquant comment le système cadre avec l'entreprise et appuie ses activités.
- Architecture des applications – définit les fonctions, les méthodes d'élaboration, les normes techniques et les technologies qui définissent comment les applications sont conçues et comment elles sont interopérables.
- Architecture de l'information (dont les cadres de protection des renseignements personnels et de sécurité) – définit comment les données sont stockées et comment on y accède.
- Architecture de l'intégration – définit les fonctions, les normes et les technologies responsables des modèles conceptuels et logiques, aussi bien actuelles que proposées, lesquelles illustrent l'interrelation entre les besoins de chaque domaine fonctionnel, des divers systèmes d'applications et d'information sur l'entreprise.
- Architecture technique – définit les systèmes de matériel informatique personnels et d'entreprise, le matériel de stockage des données, les plates-formes, les composantes de gestion et d'accès à distance ainsi que l'infrastructure des communications pour les systèmes informatiques répartis.

La majeure partie des efforts déployés en 2007-2008 étaient destinés à appuyer les projets de cybersanté, surtout en ce qui concerne leurs mises en œuvre techniques et leurs exigences sur le plan de la protection des renseignements personnels et de la sécurité. En travaillant étroitement avec la section des Opérations et des Projets, le groupe d'architecture d'entreprise a mis au point un cadre d'architecture d'entreprise afin d'orienter ses activités et de s'assurer qu'il appuie les cadres des opérations et des projets.

De plus, grâce en grande partie aux activités de projet, plusieurs solutions ont été mises au point, lesquelles font maintenant partie de l'infrastructure globale que l'on peut utiliser pour soutenir le développement futur. Celles-ci incluent :

- une solution de production de rapports d'entreprise afin de gérer l'élaboration et la distribution des rapports administratifs;
- une solution ministérielle de vérification et d'ouverture de session en vue de répondre aux exigences opérationnelles;
- une solution de déploiement rapide permettant d'offrir un environnement Web robuste et sécuritaire pour les applications devant être déployées rapidement;
- la mise en œuvre d'une solution de transfert de fichiers sécurisée permettant le partage de données entre les compétences gouvernementales;
- une analyse du système Active Directory afin de soutenir une solution provinciale.

Information Technology Services Business Unit

The IT Services Unit four main service areas:

Service Group	Description
Infrastructure Support **Desktop Support** **Service Desk Support**	Responsible for supporting approximately 1,300 users in various locations (more than 30 sites) across New Brunswick 1,700 devices (pcs, laptops, printers, Blackberrys, etc.); and 90 servers. The Service Desk provides bilingual support on a 24/7 basis.
Application Maintenance	Implementing service level agreements for all new applications. This will aid in managing user expectations, as well as improve response times, and system availability. Currently providing application support for 50 health applications.
Release Management (New 2007-08)	Closely linked and associated with change management. Using the ITIL framework, the release management process allows applications to be promoted through the various stages/environments prior to moving to a production environment.
User Acceptance Testing (UAT) and Quality Assurance (New 2007-08)	One of the final phases in the development project life cycle, this provides end user's with the opportunity to test the application prior to its 'live' state. It is the final check that the business processes will function in the manner they were intended. User Acceptance Testing and Quality Assurance ensure consistent approaches to application quality and that high quality applications are deployed to production.

L'unité fonctionnelle des services de technologie de l'information

L'unité fonctionnelle des services de technologie de l'information s'occupe de quatre zones de services principales :

Groupe de services	Description
Soutien d'infrastructure **Soutien aux utilisateurs d'ordinateurs de bureau** **Bureau des services de soutien**	Responsabilité d'offrir un soutien à environ 1 300 utilisateurs situés dans divers emplacements (plus de 30 sites) au Nouveau-Brunswick et de s'occuper de 1 700 appareils (PC, ordinateurs portatifs, imprimantes, appareils Blackberry, etc.) ainsi que de 90 serveurs. Le bureau de service offre un soutien dans les deux langues officielles 24 heures par jour, sept jours par semaine.
Entretien des applications	Mise en œuvre d'ententes sur les niveaux de service pour toutes les nouvelles applications. Cela aidera à la gestion des attentes de l'utilisateur et améliorera les temps de réponse et la disponibilité du système. Offre actuellement un soutien pour 50 applications liées à la santé.
Gestion de la diffusion (Nouveau : 2007-2008)	Étroitement lié et associé à la gestion du changement. En utilisant le cadre de la BITI, le processus de gestion de la diffusion permet de promouvoir les applications au cours des différentes étapes et des différents milieux avant de les intégrer à un environnement de production.
Essais d'acceptation par l'utilisateur (EAU) et contrôle de la qualité (Nouveau : 2007-2008)	L'une des dernières phases du cycle de vie du projet de développement. Elle offre la possibilité à l'utilisateur final de tester l'application avant sa mise en place réelle. Il s'agit de la dernière vérification afin de déterminer si les processus opérationnels répondront à leurs objectifs de départ. Les essais d'acceptation par l'utilisateur et le contrôle de la qualité assurent des approches cohérentes sur le plan de la qualité des applications et veillent à ce que les applications de grande qualité soient déployées dans l'environnement de production.

The role of IT Services encompasses:

- Application Maintenance & Enhancements
- Contract Management
- Web Design & Support
- Infrastructure Support & Management
- Desktop Support
- Service Desk
- DBA (Data Base Administration)
- User Acceptance Testing & Quality Assurance
- Release Management
- Hardware & Software Procurement

Communications

Communication services are coordinated by the Communications Branch working with departmental staff. Services include provision of strategic advice to senior management, media relations, ensuring public access to information about the department's programs and services, coordination of the development of educational and public awareness materials, and maintenance of the department's Web site www.gnb.ca/health.

Other services include:

- Issues management
- Legislative and ministerial support
- Development and production of educational and promotional materials
- Social marketing
- Crisis communications management
- Web site management
- Advertisement
- Speech and news release writing
- Graphic design
- Public information
- Media monitoring
- Project management
- Editing and revising
- Emergency preparedness planning

Contract Management and Corporate Support Services

This branch is responsible for directing and coordinating the delivery of all essential auxiliary services to the department. These services include: contract management, facilities management, purchasing, central registry, departmental library, translation and interpretation, telephones, vehicle management, identification cards, mailroom, security, parking, photocopying and asset inventory. The branch is also responsible for managing the Third Party Liability Unit, which recovers healthcare costs associated with personal injury claims caused by a negligent act.

Le rôle des services de TI comprend :

- Amélioration et entretien des applications
- Gestion des contrats
- Soutien Web et création de sites Web
- Soutien et gestion d'infrastructure
- Soutien aux utilisateurs d'ordinateurs de bureau
- Bureau de service
- Administration de base de données
- Essais d'acceptation par l'utilisateur et contrôle de la qualité
- Gestion de la diffusion
- Acquisition du matériel et des logiciels

Communications

La Direction des communications coordonne les services de communication de concert avec le personnel du ministère. Elle offre notamment des conseils stratégiques aux cadres supérieurs et s'occupe des relations avec les médias, en veillant à ce que le public ait accès à l'information pertinente sur les programmes et les services du ministère. En outre, elle coordonne la préparation des documents visant à informer et à sensibiliser le public et est chargée de la mise à jour du site Web du ministère www.gnb.ca/santé.

Voici d'autres services offerts :

- gestion des enjeux;
- soutien législatif et ministériel;
- préparation et production du matériel pédagogique et promotionnel;
- marketing social;
- gestion des communications en situation de crise;
- gestion du site Web;
- publicité;
- rédaction de discours et de communiqués;
- conception graphique;
- information publique;
- relevé des nouvelles;
- gestion de projets;
- travail éditorial et révision;
- planification des mesures d'urgence.

Gestion des contrats et services de soutien ministériels

La direction est chargée de diriger et de coordonner la prestation de tous les services auxiliaires essentiels au ministère. Ces services comprennent : la gestion des contrats et des installations, les achats, les archives et la bibliothèque du ministère, les services de traduction et d'interprétation, les téléphones, la gestion des véhicules, les cartes d'identité, les salles de courrier, la sécurité, le stationnement, les photocopies et l'inventaire. La direction est aussi responsable de la gestion de la Section des recouvrements auprès des tiers, qui recouvre les coûts des soins de santé liés aux réclamations pour blessure causée par négligence.

The branch has focused its efforts over the last year on enhancing the department's electronic document management as well as completing a review of the Third Party Liability automated claim system.

Official Languages

For the fiscal year 2007-08 a total of 13 complaints were received concerning official languages in the Department of Health and the Regional Health Authorities.

Of these, three were not substantiated, four were closed and resolved within the year and six are open.

Office of Associate Deputy Minister of Health

The Associate Deputy Minister plays a key role in developing health care policy and ensuring delivery of health services in francophone communities, to ensure the delivery of quality health services in both official languages to all New Brunswickers.

In 2007-08, the office oversees Medicare services, health human resources planning, rural health, labour relations, ambulance renewal and federal/provincial/territorial relations, and leads and/or participates in the development of various transformational health initiatives relating to the Charter for Change as well as government-wide initiatives.

Dialogue on Health

The Associate Deputy Minister hosted the last two forums of Dialogue on Health in the Acadian Peninsula on April 27-28, 2007 and June 2, 2007. The Dialogue on Health process was designed in collaboration with public administration experts from the Université de Moncton to engage citizens, policy makers, health managers, health professionals, and representatives of academic institutions to influence the health-related decision making process. The 135 participants identified by consensus the health needs on the Acadian Peninsula, the existing resources to answer these needs with the objective to arrive at a better equation between the needs and offered services. Fourteen need areas were identified by the participants. Thirty-four recommendations prepared by the organizing committee were presented to the Minister of Health and Cabinet for approval. All recommendations falling under the responsibility of the Department of Health were accepted by government and were included in the new Provincial Health Plan announced in March 2008. The report and recommendations can be found at: www.gnb.ca/health.

Legislation Development

The following Public Acts under the responsibility of the Department of Health were introduced in the 2007-08 fiscal year.

First Session of Legislature:

- Bill 82, An Act to Amend the Public Health Act, to update the Act and the regulation-making authority thereof. This Act also received Royal Assent.

Au cours de la dernière année, la direction a concentré ses efforts sur une meilleure gestion des documents électroniques du ministère et sur une étude du système de réclamations informatisé de la Section des recouvrements auprès des tiers.

Langues officielles

Au cours de l'exercice 2007-2008, treize plaintes concernant les langues officielles dans le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé ont été reçues.

Parmi ces plaintes, trois n'étaient pas fondées, quatre ont été classées et réglées pendant l'année et six font toujours l'objet d'une enquête.

Bureau de la sous-ministre déléguée du ministère de la Santé

La personne titulaire joue un rôle clé dans l'élaboration des politiques sur les soins de santé et la prestation des services de santé dans les communautés francophones, afin d'offrir des services de santé de qualité dans les deux langues officielles à l'ensemble de la population de la province.

En 2007-2008, le bureau supervise les services de l'Assurance-maladie, la planification des ressources humaines du secteur de la santé, la santé rurale, les relations de travail, le renouvellement des services d'ambulance et les relations fédérales, provinciales et territoriales. Il participe à l'élaboration de divers projets de santé transformationnelle ayant trait au Pacte pour le changement ainsi que des projets dans l'ensemble du gouvernement.

Dialogue Santé

La sous-ministre déléguée a tenu les deux derniers forums Dialogue Santé dans la Péninsule acadienne, les 27 et 28 avril 2007 et le 2 juin 2007. Le processus a été conçu, en collaboration avec des experts de l'administration publique de l'université de Moncton. Ces forums avaient pour but de faire participer activement les citoyens, les décideurs, les gestionnaires de la santé, les professionnels de la santé et les représentants des établissements d'enseignement aux processus de prise de décisions ayant trait à la santé. Les 135 participants ont déterminé par voie de consensus les besoins de santé dans la Péninsule acadienne, les ressources existantes pour répondre à ces besoins dans le but d'arriver à une meilleure équation entre les besoins et les services offerts. Les participants ont relevé quatorze domaines présentant des besoins. Trente-quatre recommandations préparées par le comité organisateur ont été présentées au ministre de la Santé et au Cabinet aux fins d'approbation. Toutes les recommandations qui relèvent du ministère de la Santé ont été acceptées par le gouvernement, puis incluses dans le nouveau Plan provincial de la santé annoncé en mars 2008. Le rapport et les recommandations se trouvent à www.gnb.ca/santé.

Élaboration des lois

Les lois d'intérêt public suivantes sous la responsabilité du ministère de la Santé ont été déposées au cours de l'exercice financier 2007-2008.

Première session de la Législature :

- Projet de loi 82, Loi modifiant la Loi sur la santé publique, en vue de mettre la Loi à jour ainsi que le pouvoir de réglementation correspondant. La sanction royale a aussi été accordée.

Second Session of Legislature:

- Bill 34, An Act to Amend the Regional Health Authorities Act, to reform the boundaries and structure of the province's RHAs.
- Bill 35, New Brunswick Health Council Act, to create a new council to monitor performance, receive citizen input, and make recommendations for New Brunswick's health care system.
- Bill 36, An Act to Amend The Ambulance Services Act, to reflect the transfer of this service to Ambulance New Brunswick.
- Bill 47, An Act to Amend the Tobacco Sales Act, establishing a comprehensive tobacco display ban.

In addition to the introduction of these Bills, the Department established the Personal Health Information Task Force to consult with New Brunswickers on the requirements of new personal health information access and privacy legislation. The Task Force report was released in October 2007 and the Department undertook further consultations with stakeholders on the report's findings and recommendations. The Department also consulted with stakeholders and other provinces on health care directives (living wills) legislation and legislation to regulate the practice of midwifery.

There were no new acts or amendments to existing acts regulating health professions in New Brunswick in the 2007-08 fiscal year.

New Brunswick Career Days

The fifth annual New Brunswick Career Days were held in out-of-province universities where New Brunswickers are studying to become health care professionals. This annual recruitment event provides an opportunity for New Brunswick students and others to meet with representatives of the Regional Health Authorities and departmental staff to discuss diverse employment opportunities within the province's health care system, as well as unique health initiatives. Over 200 students attend the event each year.

Allied Health Professionals Resource Strategy

To ensure that the population of New Brunswick can access services from the right mix of health professionals, the provincial Allied Health Resource Strategy included the following initiatives in 2007-08:

Health Bursary Program

The provincial health bursary program was launched on August 1, 2007. It consists of bursaries targeting health occupations with identified high vacancy rates and/or high forecasted vacancy rates in the public sector. In the fall of 2007, over 300 bursary applications were processed, with a total of 144 bursaries awarded.

Deuxième session de la Législature :

- Projet de loi 34, Loi modifiant la Loi sur les régies régionales de la santé, afin de redéfinir les frontières et la structure des régies régionales de la santé de la province.
- Projet de loi 35, Loi sur le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé, qui établit un nouveau conseil chargé d'évaluer le rendement du système, recevoir la rétroaction des citoyens et de formuler des recommandations pour le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.
- Projet de loi 36, Loi modifiant la Loi sur les services d'ambulance, afin de refléter le transfert de ce service à Ambulance Nouveau-Brunswick.
- Projet de loi 47, Loi modifiant la Loi sur les ventes de tabac, afin d'interdire tout présentoir de produits du tabac.

Outre le dépôt de ces projets de loi, le ministère a mis sur pied un groupe de travail sur les renseignements personnels sur la santé chargé de consulter la population néo-brunswickoise en ce qui a trait aux exigences relatives à une législation sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels sur la santé. Le rapport du groupe de travail a été publié au mois d'octobre 2007. Le ministère a entrepris un autre processus de consultation avec les intervenants au sujet du rapport et ses recommandations. Le ministère a aussi consulté les intervenants d'autres provinces quant à une législation sur les directives en matière de soins de santé (testament biologique) et sur la profession de sage-femme.

Il n'y a pas eu d'autres nouvelles lois ou de modifications aux lois existantes régissant les professions de la santé au Nouveau-Brunswick au cours de l'exercice financier 2007-2008.

Journées carrières au Nouveau-Brunswick

Pour la cinquième année, les Journées carrières au Nouveau-Brunswick ont été tenues dans les universités à l'extérieur de la province où les Néo-Brunswickois étudient dans le but de devenir des professionnels de la santé. Cette activité de recrutement annuelle permet aux étudiants néo-brunswickois et autres de rencontrer les représentants des régies régionales de la santé et le personnel du ministère afin de discuter des diverses possibilités d'emploi au sein du système de santé de la province. Ils peuvent aussi discuter des initiatives uniques sur la santé. Plus de 200 étudiants participent à l'événement chaque année.

Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles

En 2007-2008, pour s'assurer que la population du Nouveau-Brunswick a accès aux services de ressources professionnelles en santé, la Stratégie en matière de recrutement des professionnels de santé complémentaires et parallèles comprenait les mesures suivantes.

Programme de bourses dans le domaine de la santé

Le programme provincial de bourses dans le domaine de la santé a été lancé le 1er août 2007. Il offre des bourses spécialement aux professions de la santé où l'on retrouve ou l'on prévoit des taux de vacance élevés dans le secteur public. À l'automne 2007, plus de 300 demandes de bourse ont été traitées et 144 bourses ont été accordées.

Rehabilitation Services: Clinical Education Program

The New Brunswick Clinical Education Program is an innovative strategy implemented several years ago to assist with the recruitment and retention of rehabilitation professionals. The program coordinates the clinical placements in New Brunswick health-care facilities for students enrolled in audiology, occupational therapy, pharmacy, physiotherapy, and speech language pathology programs, which are all offered out-of-province. As such, this program allows students studying out-of-province to return to New Brunswick for their placements, while introducing them to the health care system in New Brunswick. In the academic year 2007-08, the department coordinated close to 350 clinical placements in the Regional Health Authorities.

Clinical Champions' Network

A new Clinical Champions' Network was launched in July 2006 as a retention strategy aimed at identifying front-line clinicians who are recognized by their organizations as innovators and early adopters of preferred practices and positive system changes. Seven of the eight Regional Health Authorities submitted successful proposals which were approved for funding.

Nursing Resource Strategy

To ensure New Brunswickers have access to appropriate nursing resources, the New Brunswick government continued to apply its Nursing Resource Strategy in 2007-08:

Summer Employment Program for Student Nurses

This program was initiated with the cooperation of the Student Employment and Experience Development (SEED) program at the Department of Post-Secondary Education, Training and Labour. It provided 150 jobs to student nurses in hospitals and nursing homes. Student nurses could benefit from clinical settings to transfer their knowledge to real clinical situations and help Regional Health Authorities and nursing homes during the summer vacation months.

Reimbursement of Tuition for Refresher Programs

Seven nurses (RNs) and licensed practical nurses (LPNs) who wanted to re-enter the workforce received reimbursement of their tuition for their refresher program. To ensure access to the nurse refresher program by both linguistic communities, the Nursing Resource Strategy contributed to the translation of the updates of the program offered by Grand MacEwan College in cooperation with the Nurses Association of New Brunswick.

Services de réadaptation : Programme de formation clinique

Le Programme de formation clinique au Nouveau-Brunswick est une stratégie unique qui a été mise en place il y a plusieurs années pour faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels en réadaptation. Le programme sert à coordonner les placements cliniques dans les établissements de soins de santé du Nouveau-Brunswick des étudiants inscrits à des programmes d'études en audiologie, en ergothérapie, en pharmacie, en physiothérapie et en orthophonie qui sont tous offerts à l'extérieur de la province. Ainsi, ce programme permet aux étudiants inscrits aux programmes de formation à l'extérieur de la province de revenir au Nouveau-Brunswick pour leurs stages cliniques tout en se familiarisant avec le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Au cours de l'année universitaire 2007-2008, le ministère a coordonné près de 350 stages cliniques dans les régies régionales de la santé.

Réseau des champions cliniques

Un nouveau réseau de champions cliniques a été mis sur pied en juillet 2006. Il s'agit d'une stratégie de maintien en poste qui vise à cerner les cliniciens de première ligne qui sont reconnus par leurs organisations comme étant novateurs et prêts, dès le début, à adopter des pratiques privilégiées et des changements positifs au système. Sept des huit régies régionales de la santé ont soumis des propositions qui ont été approuvées à des fins de financement.

Stratégie en matière de ressources infirmières

En 2007-2008, afin que les gens du Nouveau-Brunswick aient accès à des ressources infirmières compétentes, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a continué à utiliser la Stratégie en matière de ressources infirmières.

Programme d'emploi d'été pour les étudiantes en soins infirmiers

Ce programme, lancé dans le cadre du programme Stage d'emploi étudiant pour demain (SEED) offert par le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, a procuré 150 emplois à des étudiants en soins infirmiers, dans des hôpitaux et des foyers de soins. Les étudiantes et étudiants en sciences infirmières ont pu profiter d'un milieu clinique pour mettre en application les connaissances acquises dans des situations réelles et aider les régies régionales de la santé et les foyers de soins pendant les mois de congé estival.

Remboursement des frais de scolarité pour les programmes de mise à jour

Sept infirmières immatriculées (II) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui voulaient réintégrer le marché du travail ont obtenu un remboursement de leurs frais de scolarité pour le programme de mise à jour. Afin que les deux communautés linguistiques aient accès au cours de perfectionnement en sciences infirmières, la Stratégie en matière de ressources infirmières a contribué à la traduction des mises à jour du programme offert au collège Grant MacEwan de concert avec l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

New Brunswick Critical Care Nursing Program

Both the University of New Brunswick and the Université de Moncton, as well as the Regional Health Authorities, have joined the Department of Health in this unique project to contribute to the preparation of nurses to work in critical care areas, including emergency departments. In 2007-08, 52 nurses benefited from this 17-week program. The program has been converted to a blended approach model including on-line learning.

Optimization of the roles of Nursing Care Providers
This project aims at the best utilization of the nursing care providers in Regional Health Authorities. The use, skills and skill mix of nursing service providers are being reviewed to best utilize the nursing resources throughout the health care system. In 2007-08, the support for the licensed practical nurses physical assessment of adult patients continued.

Nursing Mentorship Program
This program continued to ease the integration of new graduates as employees, and increase retention. One full-time nurse position in each Regional Health Authority is responsible for the coordination of this program.

In an effort to reach as many nurses as possible working in the public health care system, contribution from the Nursing Resource Strategy has been transferred to Nursing Home Services to enhance the orientation programs in nursing homes.

A poster displaying "Creating a Mentorship Culture" has been produced and posted in various RHA units.

Nurse Practitioner
An Education Subsidy Program benefited 56 student nurse practitioners who are employees in nursing in New Brunswick, by covering tuition and books. At the end of March 2008, New Brunswick had 39 nurse practitioners practicing in various sectors of the health care system: emergency rooms, Community Health Centres, primary care settings, nursing homes, sexual health services, Community Mental Health Centers, and correctional services. Until New Brunswick builds a large enough pool of nurse practitioners, some financial support is provided to physicians who accept the clinical supervision of student nurse practitioners.

Nursing Workforce Planning
Continuous efforts are deployed to ensure sufficient nursing care providers are available to meet future needs. Participation to national, provincial and regional initiatives related to health human resources planning is a means to ensure we are aware of the trends and also benefit from our partners' experience. The Nursing Resources Advisory Committee, comprised of nursing stakeholders, provides regular reports for consideration by the Minister of Health. In March 2008, a Nursing Forum, bringing together nursing care providers and stakeholders, identified

Programme des soins infirmiers critiques du Nouveau-Brunswick
L'université du Nouveau-Brunswick, l'université de Moncton et les régies régionales de la santé se sont jointes au ministère de la Santé afin de contribuer, dans le cadre de ce projet unique, à la préparation des infirmières qui souhaitent travailler dans les unités de soins critiques, dont les services d'urgence. En 2007-2008, 52 infirmières se sont prévalues de ce programme d'une durée de 17 semaines. Le programme a adopté un modèle d'approche mixte qui inclut l'apprentissage en ligne.

Optimisation des rôles du personnel infirmier
Le projet a pour but de faire la meilleure utilisation possible du personnel infirmier dans les régies régionales de la santé. Le rôle du personnel infirmier ainsi que ses compétences et sa composition font l'objet d'une étude afin de maximiser les ressources infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé. En 2007-2008, on a continué à donner son appui à l'examen physique des patients adultes effectué par les infirmières auxiliaires autorisées.

Programme de mentorat pour les infirmières
Ce programme a continué à faciliter l'intégration des nouveaux diplômés à titre d'employés, et pour améliorer le taux de maintien en poste. Le titulaire d'un poste d'infirmière à temps plein dans chaque régie régionale de la santé est responsable de la coordination du programme.

Afin de toucher le plus d'infirmières possible du système de soins de santé public, la contribution accordée dans le cadre de la Stratégie en matière de ressources infirmières est passée aux services aux foyers de soins pour améliorer les programmes d'orientation des foyers de soins.

Une affiche ayant pour message la création d'une culture de mentorat a été produite et apposée dans différentes unités des régies régionales de la santé.

Infirmière praticienne
Un Programme de subvention des études a permis à 56 étudiantes à titre d'infirmières praticiennes, employées en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick, de se prévaloir d'un tel programme qui couvre les frais de scolarité et les livres. À la fin de mars 2008, le Nouveau-Brunswick comptait 39 infirmières praticiennes dans divers secteurs du système de santé : les salles d'urgence, les centres de santé communautaires, les milieux de soins primaires, les foyers de soins, les services de santé sexuelle, les centres de santé mentale communautaires et les services correctionnels. Jusqu'à ce que le Nouveau-Brunswick se dote d'un bassin suffisamment important d'infirmières praticiennes, une aide financière est accordée aux médecins qui acceptent d'assurer la supervision clinique des étudiantes à titre d'infirmières praticiennes.

Planification de la main-d'œuvre infirmière
Des efforts continuent d'être déployés pour s'assurer que les fournisseurs de soins infirmiers peuvent répondre aux besoins futurs. La participation aux mesures nationales, provinciales et régionales concernant la planification des ressources humaines en matière de santé est un moyen de nous assurer de connaître les tendances et de bénéficier également de l'expérience de nos partenaires. Le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière, formé d'intervenants du domaine des soins infirmiers, fournit régulièrement des rapports aux fins d'examen par le ministre de la Santé. En mars 2008, un forum sur les soins infirmiers, regroupant des fournisseurs et

priorities related to the model of nursing care delivery, education and to human resources issues.

Physician Resource Strategy

In fiscal 2007-08, the strategy included recruiting 108 physicians, which represents a net gain of 57 physicians (26 family practitioners and 31 specialists). This is the fourth largest increase in net number of new physicians in the last 14 years.

Other highlights in 2007-08 include:

The $25,000 location grant for family practitioners who establish a practice in a community 40 km outside Moncton, Fredericton, or Saint John was increased to $50,000. Eighty family practitioners received this location grant.

41 specialists received the $40,000 location grant, available to specialists wishing to establish a practice in hard-to-recruit areas.

Nine $15,000 business grants were provided to family practitioners who established a practice in designated areas.

A total of eight Emergency Room recruitment bonuses of $50,000 each were provided. Since January 2007, family practitioners or specialists practicing on a full-time sessional basis in a 24/7 emergency room, are eligible for this recruitment incentive.

A bursary program, similar to the location grant program, was also introduced which allows eligible future family practitioners and specialists to receive a bursary while completing their last two years of their residency. A total of 19 bursaries were provided. (13 family practitioners and six specialists)

Twenty-three candidates received sponsorship under the Supernumerary Residency Training Program. This program provides funding and sponsorship for additional seats, with a return of service commitment.

A total of 386 weeks paid to 85 first-year and second-year medical students who participated in the summer preceptorship program.

An Advisory Committee on the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study was established to provide advice and guidance to the Health Workforce Planning Branch regarding issues that relate to the Physician Supply and Demand Analysis Follow-up Study. An updated forecast will be completed by fall 2008.

A $6,000 bursary was awarded for the second time to 40 medical students in their third or fourth year of study.

Medical Education

The Sherbrooke/Moncton campus had its second intake of 24 students in September 2007.

des intervenants du domaine des soins infirmiers, ont établi les priorités concernant les questions propres au modèle de prestation de soins infirmiers, à l'éducation et aux ressources humaines.

Stratégie des ressources médicales

Durant l'exercice financier 2007-2008, la stratégie a permis de recruter 108 médecins, ce qui représente un gain net de 57 médecins (26 médecins de famille et 31 spécialistes). Il s'agit de la quatrième augmentation importante du nombre net de nouveaux médecins au cours des quatorze dernières années.

Voici d'autres faits saillants notés en 2007-2008 :

La subvention d'emplacement de 25 000 $ aux médecins de famille qui établissent leur cabinet dans une collectivité située à plus de 40 km de Moncton, de Fredericton ou de Saint John est passée à 50 000 $. Quatre-vingts médecins de famille ont reçu cette subvention.

Quarante et un spécialistes ont reçu la subvention d'emplacement de 40 000 $ accordée aux spécialistes qui souhaitent établir leur cabinet dans des régions où il est difficile de recruter.

Neuf subventions d'affaires de 15 000 $ ont été accordées à des médecins de famille qui se sont établis dans des régions désignées.

Huit primes de recrutement de 50 000 $ en salle d'urgence ont été attribuées. Depuis janvier 2007, les médecins de famille ou les spécialistes recrutés sur une base par session à temps plein dans une salle d'urgence ouverte en permanence sont admissibles à cet incitatif de recrutement.

Un programme de bourses, similaire au programme de subventions d'emplacement, a également été mis en œuvre. Celui-ci permet aux futurs médecins de famille et spécialistes admissibles qui sont dans les deux dernières années de résidence de recevoir une bourse. Dix-neuf bourses ont été accordées (treize à des médecins de famille et six à des spécialistes).

Vingt-trois candidats ont été parrainés dans le cadre du programme de formation en résidence surnuméraire. Le programme fournit un financement et un parrainage pour des places supplémentaires en échange d'un engagement de service.

Un total de 386 semaines ont été accordées à 85 étudiants en médecine de première année et de deuxième année qui ont participé au programme de préceptorat d'été.

Un comité consultatif sur l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins a été créé afin d'offrir des conseils et une orientation à la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé concernant l'étude de suivi de l'analyse de l'offre et de la demande de médecins. Des prévisions à jour devraient être établies d'ici à l'automne 2008.

Des bourses de 6 000 $ ont été accordées pour la deuxième fois à 40 étudiants en médecine de troisième et quatrième année.

Formation médicale

Le campus de Sherbrooke-Moncton a accueilli son deuxième groupe de 24 étudiants en septembre 2007.

A Negotiating Committee was established to develop a proposal for the establishment of a distributed medical education program in Saint John. The proposal was submitted to government in November 2007.

An Internal Medicine Residency Program was established in Saint John. The program is affiliated with Dalhousie University and provides the first three years of internal medicine training in New Brunswick. The first intake of two residents occurred in July, 2007.

Accountability and Health Information Management

The Accountability and Health Information Management team provides leadership and support in the development, implementation and utilization of health information systems to support planning, management and accountability reporting. This work involves ongoing development and maintenance of major corporate databases as well as analysis, research and evaluation activities: Specific initiatives undertaken during 2007-08 included:

* Ongoing coordination and leadership of data quality improvement activities for corporate information holdings associated with hospital services, public health, mental health and addictions, and extra mural services
* Continued development and implementation of the Provincial Surgical Access Management information system
* Development of a population health research database to support integrated analysis of health status, health services utilization and health services cost information
* Health research capacity development through the operation of the Medical Research Fund of New Brunswick and the New Brunswick Regional Partnership Program
* Support for the implementation of the client registry component of the integrated electronic health record
* Ongoing analysis and reporting of information housed in major Departmental data holdings, including the Hospital Financial and Utilization Management system (HUFMS); the Extra-Mural administrative data repository, the Regional Addictions Services system and the Hospital Utilization Management database
* Provision of support for a variety of other Departmental initiatives including program evaluation activities, pandemic flu planning and development of the Provincial Health Plan

Un comité de négociation a été établi en vue d'élaborer une proposition pour instaurer un programme de formation médicale à l'extérieur des centres universitaires conventionnels à Saint John. La proposition a été soumise au gouvernement en novembre 2007.

Un programme de résidences en médecine interne a été mis sur pied à Saint John. Le programme est affilié à l'université Dalhousie et procure les trois premières années de formation en médecine interne au Nouveau-Brunswick. Le premier groupe de deux résidents a commencé en juillet 2007.

Responsabilisation et gestion de l'information sur la santé

L'équipe de responsabilisation et de gestion de l'information sur la santé assure le leadership et le soutien pour l'établissement, la mise en œuvre et l'utilisation des systèmes d'information sur la santé afin d'appuyer la planification, la gestion et la reddition de comptes. Les tâches comprennent l'élaboration et la mise à jour continues d'importantes bases de données ainsi que des activités d'analyse, de recherche et d'évaluation. Voici certaines des initiatives qui seront entreprises au cours de l'année : 2007-2008.

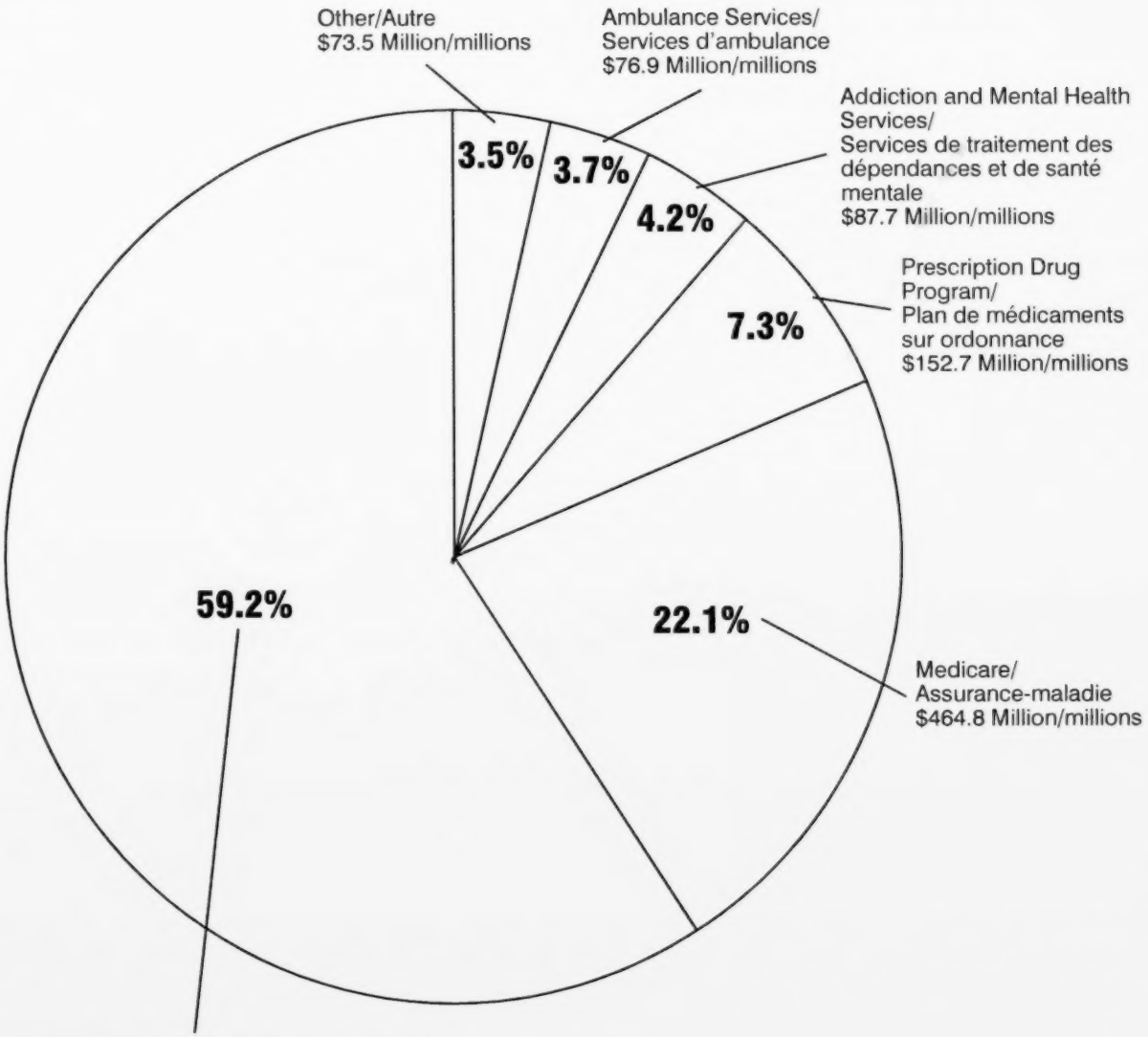
* Coordination continue et responsabilité des activités d'amélioration de la qualité des données pour la base de données du système d'information de gestion associé aux services hospitaliers, à la santé publique, à la santé mentale et aux dépendances ainsi qu'aux services extra-muraux.
* Mise sur pied et mise en œuvre continue du système d'information sur la gestion de l'accès aux services chirurgicaux.
* Établissement d'une base de données en recherche sur la santé de la population afin de favoriser une analyse intégrée de l'état de santé, de l'utilisation des services de santé et de l'information concernant les coûts des services de santé.
* Établissement d'une capacité de recherche en santé par l'exploitation du Fonds de recherche médicale du Nouveau-Brunswick et le Programme de partenariats régionaux du Nouveau-Brunswick.
* Soutien pour la mise en œuvre de la composante Registre des clients du dossier de santé électronique intégré.
* Analyse et présentation continues de l'information située dans les principales bases de données du ministère, y compris dans le système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFU), dans le dépôt des données administratives du Programme extra-mural, dans le système des services de traitement des dépendances régionaux ainsi que dans la base de données sur la gestion de l'utilisation hospitalière.
* Offre de soutien pour de nombreuses autres initiatives ministérielles, y compris les activités d'évaluation de programme, la préparation en vue d'une pandémie d'influenza et l'élaboration du Plan provincial de la santé.

Financial Overview

Actual Expenditures
$2,098.6 Million
2007-08

Aperçu financier

Dépenses réelles
2 098,6 millions $
2007-2008



Financial Overview 2007-08
(000's)
Department of Health

	Main Estimates	Wage Settlements and Other Transfers	Final Budget	Actual	Variance	Note
Administrative Services						
Administration and Financial Services	8,584.0	-	8,584.0	9,285.7	(701.7)	1
Information Technology	5,903.0	-	5,903.0	5,523.4	379.6	
Planning	3,964.0	-	3,964.0	3,684.9	279.1	
Public Health and Medical Services						
Provincial Epidemiology Service	1,324.0	-	1,324.0	1,061.4	262.6	
Seniors Rehabilitative Equipment Program	875.0	-	875.0	875.3	(0.3)	
Medical Education	16,414.0	32.7	16,446.7	16,103.9	342.8	
Medicare Program	466,216.0	-	466,216.0	464,774.6	1,441.4	2
Prescription Drug Program	162,666.0	-	162,666.0	152,704.3	9,961.7	3
Out-of-Province Hospital Payments	47,213.0	-	47,213.0	55,071.3	(7,858.3)	4
Public Health Services	38,247.0	101.0	38,348.0	37,018.8	1,329.2	5
Institutional Services						
Ambulance Services	77,639.0	-	77,639.0	76,861.1	777.9	6
Hospital Liability Protection	1,000.0	-	1,000.0	2,575.7	(1,575.7)	7
Hospital Services	1,133,683.0	41,745.8	1,175,428.8	1,183,776.5	(8,347.7)	8
New Brunswick Cancer Network	2,546.0	-	2,546.0	1,592.5	953.5	9
Addiction and Mental Health Services						
Addiction Services	16,275.0	134.1	16,409.1	16,785.1	(376.0)	
Mental Health Services	71,177.0	1,198.1	72,375.1	70,939.1	1,436.0	10
Department Total Ordinary	**2,053,726.0**	**43,211.7**	**2,096,937.7**	**2,098,633.6**	**(1,695.9)**	
Capital	**10,000.0**	**-**	**10,000.0**	**9,999.7**	**0.3**	
Revenue						
Interest & Investment Income	415.0	-	415.0	446.8	31.8	
General	20,246.0	-	20,246.0	23,935.9	3,689.9	11
Miscellaneous	60.0	-	60.0	1,033.2	973.2	12
Conditional Grants	4,115.0	-	4,115.0	12,521.0	8,406.0	13
Department Total Revenue	**24,836.0**	**-**	**24,836.0**	**37,936.9**	**13,100.9**	

Aperçu financier 2007-2008
(000)
Ministère de la Santé

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services administratifs						
Administration et services financiers	8 584,0	-	8 584,0	9 285,7	(701,7)	1
Technologie de l'information	5 903,0	-	5 903,0	5 523,4	379,6	
Planification	3 964,0	-	3 964,0	3 684,9	279,1	
Santé publique et services médicaux						
Service provincial d'épidémiologie	1 324,0	-	1 324,0	1 061,4	262,6	
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,3	(0,3)	
Formation médicale	16 414,0	32,7	16 446,7	16 103,9	342,8	
Assurance-maladie	466 216,0	-	466 216,0	464 774,6	1 441,4	2
Plan de médicaments sur ordonnance	162 666,0	-	162 666,0	152 704,3	9 961,7	3
Règlement des services hospitaliers hors-province	47 213,0	-	47 213,0	55 071,3	(7 858,3)	4
Services de santé publique	38 247,0	101,0	38 348,0	37 018,8	1 329,2	5
Services en établissement						
Services d'ambulance	77 639,0	-	77 639,0	76 861,1	777,9	6
Responsabilité civile - hôpitaux	1 000,0	-	1 000,0	2 575,7	(1 575,7)	7
Services hospitaliers	1 133 683,0	41 745,8	1 175 428,8	1 183 776,5	(8 347,7)	8
Réseau Cancer Nouveau-Brunswick	2 546,0	-	2 546,0	1 592,5	953,5	9
Services de traitement des dépendances et de santé mentale						
Services de traitement des dépendances	16 275,0	134,1	16 409,1	16 785,1	(376,0)	
Services de santé mentale	71 177,0	1 198,1	72 375,1	70 939,1	1 436,0	10
Total du compte ordinaire du ministère	**2 053 726,0**	**43 211,7**	**2 096 937,7**	**2 098 633,6**	**(1 695,9)**	
Compte de capital	**10 000,0**	**-**	**10 000,0**	**9 999,7**	**0,3**	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	415,0	-	415,0	446,8	31,8	
Recettes générales	20 246,0	-	20 246,0	23 935,9	3 689,9	11
Recettes diverses	60,0	-	60,0	1 033,2	973,2	12
Subventions conditionnelles	4 115,0	-	4 115,0	12 521,0	8 406,0	13
Recettes totales du ministère	**24 836,0**	**-**	**24 836,0**	**37 936,9**	**13 100,9**	

FINANCIAL OVERVIEW FOR FISCAL 2007-08

The following provides explanations for significant budget variances for the fiscal year 2007-08:

1. The over-expenditure in Administration and Financial Services was mainly due to an increase in advertising expenditures within the Communications Branch.
2. The under-expenditure in Medicare was mainly the result of new programs and new physicians starting later than anticipated.
3. The under-expenditure in the Prescription Drug Program was mainly due to the use of more generic drugs.
4. The over-expenditure in Out-of-Province Hospital Payments was due to increasing costs for in-patient services, out-patient services and high-cost procedures for New Brunswick residents in other provinces.
5. The under-expenditure in Public Health Services was mainly due to lower than anticipated costs associated with the Serum Depot.
6. The under-expenditure in Ambulance Services was associated with the transition to Ambulance New Brunswick as the single provider of ambulance services in New Brunswick.
7. The over-expenditure in the Hospital Liability Protection Plan was the result of higher than anticipated liability claims as forecasted by the actuary.
8. The over-expenditure in Hospital Services was mainly the result of the Regional Health Authority deficits, partially offset by longer implementation timelines for several initiatives.
9. The under-expenditure in the New Brunswick Cancer Network was the result of the timing of hiring new program staff.
10. The under-expenditure in Mental Health Services was mainly due to lower than anticipated expenditures in the Regional Health Authorities for Community Mental Health Services.
11. General revenues were higher than budgeted mainly due to increased revenues from the Recovery Levy, as a result of an increase in the number of insured vehicles as well as the accident frequency stabilizing.
12. Miscellaneous revenues were higher than budgeted mainly due to various prior year items being recovered.
13. Conditional Grants were higher than budgeted mainly due to recoveries from Canada Health Infoway for e-health related projects.

APERÇU FINANCIER POUR L'EXERCICE FINANCIER 2007-2008

Les écarts budgétaires importants pour l'exercice financier 2007-2008 sont expliqués ci-dessous :

1. Le dépassement de crédit au poste de Services administratifs et financiers est principalement attribuable à l'augmentation des dépenses publicitaires au sein de la Direction des communications.
2. La sous-utilisation au poste de l'Assurance-maladie est attribuable principalement au fait que les nouveaux programmes et les nouveaux médecins ont commencé plus tard que prévu.
3. La sous-utilisation du crédit au poste de Plan de médicaments sur ordonnance est attribuable principalement à une utilisation accrue des médicaments génériques.
4. Le dépassement de crédit au poste de Paiement aux hôpitaux à l'extérieur de la province est attribuable à une augmentation des dépenses liées aux interventions coûteuses et au service de consultation externe ou à l'hôpital pour les résidents néo-brunswickois dans d'autres provinces.
5. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé publique est principalement attribuable à des coûts liés au Dépôt de sérum plus faibles que prévu.
6. La sous-utilisation du crédit au poste des Services d'ambulance est attribuable au changement qui a fait d'Ambulance Nouveau-Brunswick l'unique prestataire de services d'ambulance au Nouveau-Brunswick.
7. Le dépassement de crédit au poste de Plan de protection de la responsabilité hospitalière est attribuable à un nombre plus élevé de demandes d'indemnité que ne l'a prévu l'actuaire.
8. Le dépassement de crédit au poste de Services hospitaliers est principalement attribuable aux déficits des régies régionales de la santé, compensés partiellement par des délais de mise en œuvre plus longs pour plusieurs initiatives.
9. La sous-utilisation du crédit au poste de Réseau Cancer Nouveau-Brunswick est attribuable au moment de l'embauche de nouveaux membres du personnel pour le programme.
10. La sous-utilisation du crédit au poste de Services de santé mentale est principalement attribuable à des dépenses plus faibles que prévu dans les régies régionales de la santé pour les Services de santé mentale communautaires.
11. Les recettes générales sont plus élevées que celles prévues au budget en raison principalement de revenus accrus liés au recouvrement des contributions à cause de la stabilisation du nombre d'accidents et de l'augmentation du nombre de véhicules assurés.
12. Les recettes diverses sont plus élevées que celles prévues au budget principalement en raison de la récupération de certains postes de l'année précédente.
13. Les subventions remboursables sous condition sont plus élevées que prévu au budget principalement en raison des recouvrements d'Inforoute Santé Canada pour les projets de cybersanté.